

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade de Saúde Rubim
Aronovitch, Macapá/AP.**

Yaneisy Echemendia Cala

Pelotas, 2015

Yaneisy Echemendia Cala

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade de Saúde Rubim
Aronovitch, Macapá/AP.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Eliane Carloni da Silva

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catálogo na Publicação

C141m Cala, Yaneisy Echemendia

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Unidade de Saúde Rubim Aronovitch, Macapá/Ap. / Yaneisy Echemendia Cala; Eliane Carloni Da Silva, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

106 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Silva, Eliane Carloni Da, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Dedico este trabalho à minha amada filha Ana Isabella, que ainda sem estar o meu lado sempre torce por mim pelo bom desenvolvimento em minha vida profissional;

Aos meus pais por terem sido sempre meu exemplo e apoio, fazendo que cada dia fique mais agradecida a eles;

À meu esposo que quando ficava cansada sempre foi fonte de apoio, amor, compreensão e por ter contribuído no processo do trabalho.

Agradecimentos

Agradeço:

O Deus por ter me dado a oportunidade de me formar medica e ter a possibilidade de aliviar o mal de alguém.

A minha família, graças por seu amor, sua compreensão, seu apoio incondicional, e pelos valores que me incentivaram para ser hoje a pessoa que sou.

A meu esposo por ser sempre um apoio em cada propósito de minha vida.

A minha orientadora Eliane Carloni Da Silva, que com paciência e dedicação me brindou seu tempo e experiência para a realização deste trabalho.

Resumo

CALA, Yanesisy Echemendia. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade Básica de Saúde Rubim Aronovith, Macapá/AP.** 106 f.2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Este trabalho apresenta os resultados da intervenção com foco na saúde do Idoso realizada na Unidade Básica de Saúde Dr. Rubim Aronovitch do município de Macapá/AM, com a implementação de uma ação programática prioritária na atenção básica, através do desenvolvimento de um projeto de intervenção realizado após estudos e levantamentos de dados da unidade que assinalaram as deficiências da atenção prestada e justificaram a escolha desta ação programática aos idosos. O projeto foi desenvolvido durante 16 semanas com atendimento ao idoso da população adstrita, com o principal objetivo de melhorar a atenção oferecida em nossa área. Foram utilizados durante a intervenção os prontuários dos idosos, registros específicos, dados coletados pelos ACS, planilha de coleta de dados e uma ficha espelho fornecida pela Universidade Federal de Pelotas, além da realização de ações de educação em saúde individual e coletiva. Após a intervenção e análise dos dados coletados, observou-se que a cobertura inicial de 33 idosos 10,8% aumentou para uma cobertura de 173 idosos que representa 53,9% do total da área, dos quais 14 avaliados são acamados ou com problemas de locomoção, melhorando assim a atenção médica e a qualidade de vida deste grupo populacional, ao fazer o acompanhamento deles cumprindo o estabelecido segundo o Protocolo do Ministério de Saúde, com ações de melhoria da qualidade prestada. Durante a intervenção uma dificuldade foi com relação ao fornecimento e entrega das cadernetas de saúde do idoso no início da intervenção, sendo disponibilizada no final da intervenção com a entrega feita a 102 usuários, 62,4 % do total de idosos. Desta forma, constatou-se que o objetivo inicialmente proposto de melhorar a qualidade da atenção à saúde dos idosos foi alcançado, pois a equipe está conseguindo realizar um adequado cadastramento, orientações e registro em folha específica das consultas, além da interação e trabalho realizado em equipe para atender às necessidades da população e a incorporação dessa organização na rotina da equipe.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; atenção integral ao idoso; assistência domiciliar, saúde bucal.

Lista de Figuras

| | | |
|----------|--|----|
| Figura 1 | Quadro indicativo da população cadastrada na equipe 090 da UBS Rubim Aronovitch, Município Macapá /AP. Outubro, 2014 | 17 |
| Figura 2 | Capacitação da Equipe de Saúde da Família 090. | 76 |
| Figura 3 | Encontro com líderes da comunidade. | 76 |
| Figura 4 | Atendimento clínico dos idosos. | 77 |
| Figura 5 | Acompanhamento de idosos acamados pela equipe. | 78 |
| Figura 6 | Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde, Macapá, AP. 2015 | 81 |
| Figura 7 | Gráfico indicativo de proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática, Macapá, AP, 2015 | 86 |
| Figura 8 | Gráfico indicativo de proporção de idosos faltosos a consulta que receberam busca ativa, Macapá, AP, 2015 | 87 |
| Figura 9 | Gráfico indicativo de proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, Macapá, AP, 2015. | 89 |

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

| | |
|-------------|--|
| ACS | Agente comunitário da Saúde |
| CAP | Caderno de Ações Programáticas |
| CEO | Centro de Especialidades Odontológicas |
| DM | Diabetes Mellitus |
| ECM | Exame Clínico das mamas |
| ESB | Equipe de Saúde Bucal |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| HIPERDIA | Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| HTA | Hipertensão Arterial |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| PCCU | Papanicolaou |
| SAME | Serviço de Arquivos médicos e Estatística |
| SEAMA | Faculdade Estácio de Macapá |
| SIAB | Sistema de Informações da Atenção Básica |
| SINASC | Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos |
| SISPRENATAL | Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento |
| SISVAN | Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFPeI | Universidade Federal de Pelotas |
| UNIFAP | Universidade Federal do Amapá |

Sumário

| | |
|--|-----|
| Apresentação | 9 |
| 1 Análise Situacional | 9 |
| 1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS | 9 |
| 1.2 Relatório da Análise Situacional..... | 12 |
| 1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional..... | 28 |
| 2 Análise Estratégica | 30 |
| 2.1 Justificativa..... | 30 |
| 2.2 Objetivos e metas..... | 33 |
| 2.2.1 Objetivo geral..... | 33 |
| 2.2.2 Objetivos específicos e metas | 33 |
| 2.3 Metodologia..... | 35 |
| 2.3.1 Detalhamento das ações | 36 |
| 2.3.2 Indicadores | 63 |
| 2.3.3 Logística..... | 69 |
| 2.3.4 Cronograma | 73 |
| 3 Relatório da Intervenção..... | 76 |
| 3.1 Ações previstas e desenvolvidas | 76 |
| 3.2 Ações previstas e não desenvolvidas | 79 |
| 3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados..... | 79 |
| 3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços..... | 80 |
| 4 Avaliação da intervenção..... | 80 |
| 4.1 Resultados | 80 |
| 4.2 Discussão..... | 91 |
| 5 Relatório da intervenção para gestores | 94 |
| 6 Relatório da Intervenção para a comunidade | 97 |
| 7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem..... | 99 |
| Referências | 101 |
| Anexos | 104 |

Apresentação

O presente trabalho é a conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família-Modalidade Educação a Distância, promovido pela Universidade de Pelotas (UFPEL) desenvolvido na área de atenção aos idosos na UBS Dr. Rubim Aronovicht.

O volume está organizado em sete em unidades interligadas, que foram desenvolvidas individualmente a cada semana, de acordo com a orientação do curso. A primeira unidade contém o relato da semana de ambientação onde o especializando se familiarizou com o curso, e a Análise Situacional, que avaliou a Unidade de Saúde e a qualidade da atenção prestada à comunidade segundo as ações programáticas. A Análise Estratégica, apresentada na segunda unidade apresenta o momento no qual se definiu o foco da intervenção, elaborando o projeto de intervenção com foco na saúde do idoso. Na terceira unidade está descrito o Relatório da Intervenção, realizada em 16 semanas, 12 semanas com a participação da especializando e as outras quatro semanas com os outros integrantes da equipe. Na unidade quatro estão os resultados da intervenção e a discussão dos mesmos. Após a avaliação da intervenção foram elaborados os Relatórios da Intervenção aos Gestores e à Comunidade, os quais compõem as unidades 5 e 6. Realizo ainda uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção e apresento-a na última unidade do volume.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A cidade de Macapá é cortada pela linha do Equador e que se localiza às margens do Rio Amazonas. O clima do município é quente e úmido, com temperatura máxima entre 32,6°C e a mínima entre 20°C. A temperatura no verão pode passar dos 45°C. As chuvas ocorrem nos meses de dezembro a agosto durante a estação das secas é quando se registram as temperaturas mais altas. Pela localização geográfica privilegiada a atividade fundamental são as transações comerciais com as Américas Central, do Norte e com a Europa, além da agricultura e indústria (WIKIPÉDIA, 2014a).

Estima-se que nesta cidade residam aproximadamente 437.255 habitantes e praticamente todos os Estados brasileiros estão representados no município. Atualmente, vive um momento de crescimento tanto populacional quanto econômico. Conta com 59 bairros e cerca de seis conjuntos. A cidade possui cinco bairros que são banhados pelo Rio Amazonas: Cidade Nova, Centro, Perpétuo Socorro, Santa Inês e Araxá (WIKIPÉDIA, 2014b).

Santa Inês é um bairro deste município, surgido em 1985 e é onde está nossa UBS Rubin Aronovitch, localizada na Av. 06 de Setembro- Bairro Santa Inês, CEP: 68900-000, no município Macapá, Amapá. A unidade funciona segunda a sexta-feira das 07:00 às 24:00 horas e sábado e domingo, há atendimento de pronto socorro no mesmo horário. A população da nossa área é aproximadamente de 3.150 pessoas em um total de 900 famílias. Temos o perfil epidemiológico da população traçado, sendo a situação econômica com variação da classe média à classe média baixa. Os níveis educacionais, em sua maioria têm nível médio e nível fundamental e poucas possuem formação superior completa. Dentro das doenças mais comuns têm-se Hipertensão, Obesidade, Diabetes, Síndromes Metabólicas, nesta ordem de aparição, e outras de

etiologia infecciosa como parasitismo intestinal e Doenças Sexualmente Transmissíveis e a população desta área caracterizada em sua maioria por adulto jovem e idosos maiores de 60 anos.

A estrutura física da unidade básica de saúde (UBS) não é boa, o espaço físico é muito reduzido e está carente de pintura e reparação, a reforma está prevista para o primeiro semestre de 2015. A UBS serve de referência para 04 equipes estratégia saúde da família (ESF) e 01 Núcleo de apoio à saúde da família (NASF). A UBS abriga quatro equipes de ESF e um NASF. A Estrutura física é dividida em:

01 Serviço de arquivos médicos e estatística (SAME).

01 sala de Triagem (sendo que, a triagem dos usuários das ESF'S é feita pela equipe, dentro do consultório pelos técnicos da própria, onde também ficam os prontuários dos usuários da área adstrita da equipe).

01 Sala de vacinas.

01 auditório.

07 Banheiros, sendo 02 para os usuários, 01 masculino e 01 feminino; 02 para os profissionais da UBS, 01 masculino e 01 feminino; 01 na sala do Pronto Atendimento; 01 no Consultório Ginecológico e 01 na sala da direção.

01 Recepção.

01 Sala de medicação.

06 Consultórios.

01 consultório Ginecológico.

01 Consultório odontológico.

01 Sala de pronto atendimento.

01 Sala de Ultrassonografia.

01 Farmácia.

01 Refeitório.

01 Sala de coleta de papanicolaou (PCCU).

01 Laboratório que realiza apenas teste rápido síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV), Sífilis e Hepatites.

01 Direção.

As equipes ESF funcionam dentro da UBS não é uma particularidade apenas da minha UBS e sim de todo o Estado do Amapá, pois como foi dito não possuímos Módulos de Saúde da Família no Estado em geral. A UBS é construída em dois grandes blocos, no primeiro fica o Pronto atendimento, sala de curativo, SAME, Sala

de Vacina e no segundo funciona a Atenção básica funcionando até as 18h, portanto só o primeiro bloco funciona até as 24h.

Nossa equipe de trabalho é constituída por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Também contamos com NASF, constituído por uma psicóloga, uma nutricionista, uma assistente social, duas fisioterapeutas, uma educadora física, uma fonoaudióloga, que é compartilhado com outra UBS. Na unidade são realizadas atividades de promoção e prevenção em saúde tais como palestras para os usuários que aguardam atendimento, orientação a gestante, aos diabéticos, hipertensos e a comunidade em geral.

A unidade de Saúde tem convênio com universidade, sendo campo de estágio para a UNIFAP (Universidade Federal do Amapá) e Faculdades particulares como Sistema Educacional da Amazônia (SEAMA). É campo de estágio para atividades de ensino e práticas para profissionais de nível superior e nível médio de enfermagem nas disciplinas de saúde pública. Os acadêmicos dos cursos de graduação em Enfermagem da UNIFAP e SEAMA, que recebemos na UBS, nos acompanham durante as consultas e ministram palestras, principalmente voltadas para a Saúde da Mulher, da Criança, Hipertensos e Diabéticos e Saúde do Idoso.

O agendamento de consultas é realizado todas as sextas feiras com disponibilidade de 05 vagas para consultas programáticas e são reservadas 03 vagas para demanda espontânea totalizando 08 consultas. O acolhimento aos usuários é feito pelas técnicas de enfermagem da equipe (ESF), sendo que estes também realizam a triagem dos usuários para as consultas.

Reunimo-nos uma vez ao mês para discussão de casos clínicos e se houver necessidade agendamos para discussão na reunião da equipe às sextas- feira. Trabalhamos com cronograma mensal, que nos possibilita organizar o fluxo de nossas atividades como visitas, consultas e ações de saúde. O cronograma é construído pela equipe na última sexta do mês com participação de toda equipe, pois nesse momento agendamos as visitas com os ACS, definimos os dias em que a equipe estará na UBS para atendimento das consultas agendadas e demanda espontânea.

A relação entre comunidade e UBS é ótima. Há representantes de bairro que sempre estão em contato conosco para assegurar os direitos da comunidade. Temos ao redor, Igrejas, comércio, escolas e creches. Nossa área de abrangência é muito

distante da UBS e por isso, nosso maior contato com nossa comunidade é através das visitas domiciliares e reuniões nas casas dos moradores em nossa área.

Importante ainda salientar que a UBS funciona 18 horas por dia e temos médicos especialistas atendendo na UBS, como pediatra e ginecologista e atendemos muitos usuários que residem nas áreas ribeirinhas, pela localização da UBS na orla da cidade e por ser perto de um porto onde os barcos fazem desembarque.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Ministério da Saúde (MS) brasileiro, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde, está fazendo uma mudança no modelo e qualidade na atenção à população e a organização e o bom atendimento influem diretamente sobre adoecimento e morte da população. O sistema de saúde pública fundamentado na Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde tem os melhores resultados no cuidado e manutenção da saúde do povo. A construção de novas unidades básicas de saúde (UBS) no território nacional todo e a implementação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) representa uma ação importante na consolidação e êxito no atendimento digno do povo brasileiro. Para fazer realidade este atendimento com qualidade está regulamentado pela lei no. 8.142, o Relatório de Gestão e objeto de decretos e portarias do Ministério da Saúde e dos órgãos de controle, caracterizando-se como principal ferramenta de acompanhamento da gestão de saúde. (BRASIL, 1990).

A Atenção Básica é a entrada preferencial ao Sistema Único de Saúde (SUS) e as ações das equipes de saúde envolvem promoção, prevenção, e reabilitação, através de um vínculo muito importante entre os profissionais da UBS e a população, visando concretizar a participação social nestas atividades de saúde (BRASIL, 1990).

O Amapá é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Está situado a nordeste da Região Norte, no escudo das Guianas. O seu território é de 142.828,521 km², sendo delimitado pelo estado do Pará ao oeste e sul, pela Guiana Francesa a norte, o Oceano Atlântico a leste e o Suriname a noroeste. O município de Macapá é a capital e maior cidade do estado, sendo sede da Região Metropolitana de Macapá, a única no estado (WIKIPÉDIA, 2014b). A cidade de Macapá é cortada pela linha do Equador e que se localiza as margens do rio Amazonas. Estima-se que nesta cidade residam aproximadamente 437.255 habitantes, praticamente todos os Estados brasileiros estão representados no município. Atualmente, vive um momento

de crescimento tanto populacional quanto econômico. Conta com 59 bairros e cerca de seis conjuntos. A cidade possui cinco bairros que são banhados pelo Rio Amazonas: Cidade Nova, Centro, Perpétuo Socorro, Santa Inês e Araxá. (WIKIPÉDIA, 2014c).

O município tem 84 equipes de saúde da família, não tem Centro de Especialidade Odontológica CEO, sendo que há apenas um para todo o estado que no momento realiza apenas consulta especializada, não oferecendo exames complementares e raios-x, estando praticamente parado o serviço. Existe um hospital Geral, um Pronto Socorro e um Hospital de Maternidade. Nossos usuários dispõem de atenção especializada, nas seguintes especialidades, fisioterapia, fonoaudiologia, ginecologia, nutrição, obstetrícia, pediatria e psicologia e para o atendimento com as especialidades, há longas filas e o tempo de espera para as consultas é de no mínimo 30 dias para algumas especialidades. Além disso, no município está se realizando exames em apenas uma UBS localizada na zona norte do município de Macapá e no hospital geral, fato pelo qual também é difícil a realização de exames e os usuários têm que recorrer às clínicas e laboratórios privados quando há urgência no mesmo, sendo difícil de entender esta situação, mas que é a realidade do estado e do município.

Junto à orla da cidade fica a UBS Rubim Aronovitch, unidade urbana mista, que tem um vínculo com o SUS. Os profissionais da UBS não utilizam as fichas de controle e atendimento do e-SUS e não solicitam cartão SUS do usuário para consultas, nem atendimento de enfermagem, exigindo apenas para a realização de preventivo, ultrassonografia e na primeira consulta de pré-natal para o cadastro no Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto e Puerpério (SISPRENATAL). A unidade de Saúde tem convênio com universidades, como UNIFAP e SEAMA, sendo campo de estágio para atividades de ensino e práticas para profissionais de nível superior e nível médio de enfermagem nas disciplinas de saúde pública. Os atendimentos dos ESF são realizados em consultórios da própria UBS que abriga quatro equipes de ESF e um NASF. O NASF opera em mais de uma UBS, atendendo até 5 ESF, portanto temos disponibilidade deste serviço apenas dois ou três dias da semana. Nossa equipe de trabalho é constituída por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. O NASF é constituído por uma psicóloga, uma nutricionista, uma assistente social, duas fisioterapeutas, uma educadora física, uma fonoaudióloga.

A estrutura física da UBS não é boa, o espaço físico é muito reduzido e está carente de pintura e reparo, também é inadequada para o acesso de pessoas idosas e com deficiências, pois tem degraus na entrada, não tem corrimãos ou rampas. Esperamos que todas estas deficiências sejam resolvidas com a reforma prevista para o primeiro semestre de 2015. A UBS é construída em dois grandes blocos, no primeiro fica o Pronto atendimento, sala de curativo, SAME, Sala de Vacina, e no segundo funciona a Atenção básica funcionando até às 18h, portanto só o primeiro bloco funciona até as 24h. A estrutura física é dividida em 01 SAME, 01 sala de Triagem sendo que, a triagem dos usuários das ESF'S é feita pela equipe, dentro do consultório pelos técnicos, onde também ficam os prontuários dos usuários da área adstrita da equipe, 01 Sala de vacinas, 01 auditório, 07 Banheiros sendo 02 para os usuários, 01 masculino e 01 feminino; 02 para os profissionais da UBS, 01 masculino e 01 feminino; 01 na sala do Pronto Atendimento; 01 no Consultório Ginecológico e 01 na sala da direção, 01 Recepção, 01 Sala de medicação, 06 Consultórios, 01 consultório Ginecológico, 01 Consultório odontológico, 01 Sala de pronto atendimento, 01 Sala de Ultrassonografia, 01 Farmácia, 01 Refeitório, 01 Sala de coleta do exame preventivo de Câncer do colo de útero (PCCU), 01 Laboratório que realiza apenas teste rápido para detecção de Vírus de imunodeficiência humana (HIV), Sífilis e Hepatites e 01 Direção.

Sobre a estrutura da UBS o que mais afeta o funcionamento é o laboratório que não funciona por falta de equipamentos e reativos, fato que afeta mais aos usuários que tem que pagar pelos exames em laboratórios privados, pois contamos apenas com um laboratório público onde tem que aguardar meses para conseguir uma vaga. Para os médicos que trabalham neste município, esta situação é muito difícil, pois além do exame clínico e anamnese, muitas vezes é necessário algum estudo para confirmar um diagnóstico. Neste momento a unidade está se organizando para iniciar o funcionamento do laboratório.

Sobre os equipamentos e instrumentos de uso geral, há alguns que não temos como autoclave, lanterna, material para sutura, microscópio, negatoscópio e oftalmoscópio e outros são insuficientes como antropômetro para adultos e crianças, balanças adulto e infantil, glicosímetro, mesa ginecológica, nebulizador ou bombinha com espaçador, otoscópio, entre outros. A deficiência destes instrumentos dificulta o atendimento e apesar da equipe já ter informado não houve solução do problema, então, para evitar mais inconveniências aos usuários e familiares, alguns destes

equipamentos a equipe já comprou para melhorar a qualidade do atendimento. Também na UBS não temos sistema de manutenção e reposição de equipamentos, de instrumentos, de mobiliário, somente de material de consumo, além disso, tampouco temos sistema de revisão de calibragem, ocorrendo que quando os equipamentos quebram, ficam nas salas ocupando espaço, pois não temos almoxarifado. Também temos dificuldades com as cadeiras e armário, que não são suficientes para todas as equipes.

Sobre os materiais de consumo e insumos, em nossa UBS não contamos com fio de sutura em geral, gaze, material para pequenas cirurgias e estas deficiências fazem que os usuários tenham que deslocar-se até o hospital público quando tem feridas para ser curadas ou suturadas.

A portaria No 4.217, de 28 de Dezembro de 2010, dispõe a existência de medicamentos e com relação ao isto, na unidade temos também uma grande deficiência, sendo que os mais prejudicados são os usuários que não por adquirir os medicamentos na UBS e ter que comprar em farmácias a um alto custo. Temos sala de vacinas com todas as vacinas, não havendo apenas a pneumocócica 23 valente.

Em nossa UBS todos os profissionais participam no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, tendo a possibilidade de conhecer toda a área de abrangência, favorecendo assim a identificação dos grupos e famílias expostas a riscos. Os profissionais da UBS fazem o cuidado dos usuários da área e por ter uma área de abrangência muito longe da UBS, nossa maior produtividade é no território, com ações em saúde realizadas no domicílio com objetivo de fazer curativo, consulta o para acompanhamento de um problema de saúde e dar orientações. Realizamos atividades em igrejas, espaços comunitários e em uma associação de idosos e as atividades com grupos estão dirigidas principalmente a idosos, hipertensos, diabéticos, fumantes, adolescentes, prevenção de câncer ginecológico e de mama, gestantes, importância da puericultura e teste do pezinho, participando todos os membros da equipe, além de fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista e estudantes de enfermagem que tem oferecidas palestras, sobre quedas nos idosos.

Em nossa unidade, também são realizados atendimentos de urgência, mas às vezes não é possível fazer alguns procedimentos por não contar com materiais necessários e nestes casos os usuários têm que se dirigir ao hospital público, causando inconveniências. A secretaria de saúde já tem conhecimento da situação e

está planejando soluções. Os membros da equipe médico, enfermeira, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde fazem busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória, facilitando um diagnóstico precoce delas para um tratamento oportuno, tudo isso para estabelecer um vínculo entre a equipe e os usuários e resolver a maioria dos problemas deles pela equipe, integrando as atividades de promoção de saúde, prevenção de agravos, vigilância de saúde, tratamento e reabilitação.

A equipe também atua como coordenador do cuidado, organizando o fluxo de referência e contra referência, utilizando protocolos para o encaminhamento dos que precisem, porque não podemos agendar internação de nossos usuários no hospital. Para o usuário internado a equipe limita-se a realizar visitas realizando trabalho da equipe como monitoramento, apoio e auxílio aos familiares para a alta hospitalar. Quando é encaminhado para especialidades, apesar de não participar da tomada de decisões, fazemos o acompanhamento durante o tratamento. Damos participação aos usuários, identificamos parceiros e recursos na comunidade, tarefa feita pela equipe toda, estimulando-os a exercer sua autonomia para o cuidado de sua saúde, além de tê-los como apoio nas ações desenvolvidas para a comunidade.

Os membros da equipe têm participação no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da equipe na UBS. Realizamos ainda reunião da equipe uma vez ao mês, onde verificamos o cumprimento das atividades planejadas no mês anterior, construímos a agenda de trabalho para o mês próximo, planejamos ações, discutimos casos, monitoramos e analisamos os indicadores de saúde da área, entre outros temas. As fraquezas encontradas no dia-a-dia são resolvidas no momento quando dependem da equipe e caso necessitem de outras providências, comunicamos os responsáveis buscando uma solução, para que não interfira na qualidade do atendimento.

Das quatro ESF, duas delas estão atendidas por médicos cubanos e os outros por médicas brasileiras. O tamanho das equipes na UBS é adequado para o tamanho da população que é de 12.985, sendo que a nossa equipe tem um total de 900 famílias e 3.150 usuários. As agentes comunitárias de saúde têm um cadastro que atualizam anualmente, mas com as tarefas das semanas anteriores a equipe pôde reconhecer que havia um sub registro, então iniciou a atualização do cadastro para conhecer o número de correto de usuários da área adstrita, além de informações como se vinham ou não às consultas e acompanhamento pela equipe. Este foi um trabalho muito difícil,

mas é gratificante ter um número que represente a realidade da área. Agora nossa principal meta é atualizar as consultas e prontuários destes usuários para ter o dado certo das patologias e sabemos que muitos deles vão continuar fazendo acompanhamento com médicos particulares e outros fazem seu acompanhamento em unidades que ficam mais próximo de suas casas, como por exemplo, das UBS São Pedro e Rosa Moita.

| População grupo específico | Estimativa CAP | Acompanhadas pela equipe |
|---------------------------------|----------------|--------------------------|
| Mulheres entre 25 e 64 anos. | 668 | 107 |
| Mulheres de 50 a 69 anos. | 137 | 100 |
| Gestantes. | 31 | 17 |
| Puérperas. | 66 | 23 |
| Crianças menores de um ano. | 65 | 23 |
| Pessoas de mais de 60 anos | 321 | 33 |
| Pessoas de mais 20 anos com HTA | 555 | 254 |
| Pessoas de mais 20 anos com DM | 158 | 79 |

Figura 1: Descrição da população cadastrada da equipe 090 da UBS Rubim Aronovitch, município Macapá/AP. Outubro, 2014.

Nossa equipe de saúde é nova e acreditamos haver um sub registro de população então, as ACS estão fazendo os novos cadastros e também é importante falar aqui que a área adstrita, fica muito distante da UBS tendo outras UBS perto da área, razão pela que muitos de nossos usuários preferem fazer seus acompanhamentos onde é mais cômodo para eles. Esta é uma dificuldade que a equipe está enfrentando e para amenizá-la, no momento estamos nos deslocando até igrejas e associações, para facilitar o acompanhamento da população. Verifica-se que a população de nossa área de abrangência é adequada, a estimativa da população por sexo e faixa etária estimada com base na distribuição brasileira fornecida pelo CAP é similar a nossa realidade.

O acolhimento à demanda espontânea é o primeiro encontro entre o usuário e os trabalhadores do sistema de saúde (BRASIL, 2013a). Em nossa unidade o acolhimento dos usuários é feito na sala de recepção e geralmente é realizado pela recepcionista e a técnica de enfermagem, sendo que o mais usado é o acolhimento pela equipe de referência deste usuário, mas no caso que demande atendimento,

sempre é atendido mesmo sendo de outra equipe ou outra área de abrangência. Realizamos acolhimento todos os dias em todos os horários que a unidade funciona, permitindo assim que os usuários que requerem atendimentos, sejam avaliados e tenham resolvidos seu problema de saúde no dia e isso é possível porque deixamos vagas para os casos que possam aparecer, seja de doença crônica descompensada ou doenças agudas e assim não deixar de consultar pessoas que apresentam problema de saúde e venham à unidade em busca de ajuda. O usuário tem apenas que esperar entre 10 minutos e 15 minutos para que sua demanda seja acolhida. Todas as equipes conhecem e utilizam o fluxograma facilitando a avaliação dos usuários que necessitam de prioridade de atendimento, sendo realizado em dependência da classificação da demanda do usuário após identificação das prioridades e definição das condutas. Nosso trabalho tem tido uma boa aceitação na população, não apresentamos problemas com respeito a excesso de demandas, cobrindo as necessidades da área de abrangência, mas, no caso que um usuário de outra área precisa de um atendimento urgente, sempre é atendido com a maior responsabilidade.

A UBS tem atendimento de puericultura, oferecendo este atendimento todos os dias da semana, durante os turnos de manhã e tarde. Nas puericulturas participam o médico clínico geral e médico pediatra, enfermagem e técnicas de enfermagem e além dos atendimentos agendados, também há demanda para atendimento de urgência, que é organizada do mesmo jeito que a demanda em adultos. Podemos ter nesta demanda, crianças de nossa área de abrangência e outras que não são, mas sempre fazemos o atendimento, porque a demanda nunca é muita que dificulte o fluxo adequado. Utilizamos no atendimento o protocolo feito pelo Ministério de Saúde, (BRASIL, 2012) facilitando assim as condutas. Durante as consultas oferecemos às mães todas as informações relacionadas às vacinas, alimentação e data de próxima consulta. Os cuidados que são oferecidos na UBS são diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, imunizações, prevenção de anemia, prevenção de violência, promoção de aleitamento materno e de hábitos alimentares saudáveis. Não são desenvolvidas ações de diagnóstico de problemas de saúde bucal, pois neste momento, a unidade não tem autoclave e tampouco é realizado o teste de pezinho, que é feito somente na maternidade e a unidade aguarda pela chegada do material necessário para fazer o teste de olhinho. Para o encaminhamento das crianças para atendimento nas especialidades, internação hospitalar, serviços de pronto

atendimento e pronto-socorro, os profissionais utilizam protocolos, para regular o acesso a outros níveis.

As informações sobre os atendimentos ficam registradas, em prontuário clínico, formulário especial de puericultura, ficha de atendimento individual e ficha espelho de vacinas. Existe um arquivo para os registros que costuma ser revisado com uma frequência mensal, para a identificação de crianças faltosas, verificar os registros que estão completos e procedimentos em atraso, sendo esta revisão feita pelo enfermeiro, médico clínico geral e técnico de enfermagem. Os profissionais durante o atendimento solicitam a caderneta da criança, preenchendo as informações atuais da criança, sobre posicionamento na curva de crescimento, orientamos os responsáveis das crianças sobre dicas de alimentação saudável, sinais de risco na curva de crescimento e sobre o desenvolvimento neuro- psicomotor.

Na UBS existe o programa bolsa família do Ministério da Saúde, e o responsável pelo cadastramento das crianças são a assistente social, nutricionista e enfermeiro. Outro programa do Ministério implantado na unidade é Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) criança.

Não temos profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão, e coordenação de programa de puericultura, mas temos profissionais que avaliam e monitoram este programa. Eles não realizam reuniões e suas fontes de dados utilizadas são Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e prontuários.

A equipe 090 tem de fazer mudanças, fazendo atividades em grupos com mães, mas pelo fato de a UBS ficar longe da área e as mães trazem seus filhos apenas para consulta de puericultura, a equipe aproveita ao máximo os momentos de consulta e visitas domiciliares, perguntando todas as dúvidas que devam ser tiradas antes de terminar o atendimento e a equipe está programando as consultas das crianças onde coincidam por várias idades para realizar atividades em grupo, como foi sugerido em semanas anteriores.

Para a saúde da criança do total estimado pelo CAP de 66 crianças, temos 23 (35%) crianças acompanhadas e 100 % delas tem o teste de pezinho antes dos sete dias, monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta, vacinas em dia, com orientação para prevenir acidentes. Temos 21 (91%) delas com consultas em dia, nenhuma com atraso de mais de sete dias na consulta agendada, somente 13 crianças (57 %) deles tem menos de 6 meses e todas têm indicação de aleitamento

materno exclusivo, 16 (70%) crianças tiveram sua primeira consulta nos 7 primeiros dias de vida. A equipe está realizando um trabalho com as gestantes está trabalhando com as mães no final da gestação e também com ACS nas visitas para que o acompanhamento das crianças seja realizado.

Com relação ao acompanhamento pré-natal, a equipe enfrenta uma dificuldade que é uma grande quantidade de gestantes que durante o pré-natal já realizavam seu acompanhamento com a outra equipe antes da divisão da área e prefeririam continuar com a outra equipe, no entanto para garantir este cuidado, recebem as visitas e mantemos seus dados atualizados. A equipe está trabalhando para que as novas gestantes sejam captadas e acompanhadas por nós melhorando assim essa atenção prestada. Segundo estimativas do CAP, em nossa equipe há 31 com acompanhamento de 17 (54%) com um atendimento adequado, onde os indicadores da qualidade da atenção ao pré-natal são bons, com 14 (82%) com pré-natal iniciado no 1º trimestre, todas com consultas em dia, com exame ginecológico e das mamas nos três trimestres, orientações de suplemento ferroso e ácido fólico, orientações de aleitamento materno exclusivo e métodos anticoncepcionais, além disso, a equipe está chegando a todas as gestantes através de visitas domiciliares e atualização de todos os dados da gestação e acompanhamento. Podemos afirmar que as gestantes cadastradas têm acompanhamento adequado como preconiza o Ministério da Saúde (Brasil, 2012), onde as consultas são realizadas mensalmente até as 28 semanas, quinzenalmente até as 36 semanas e semanalmente até o parto e com o trabalho diário, tentamos fazer a captação da gestante no primeiro trimestre. Há 14 (82%) destas gestantes que realizaram a sua primeira consulta no primeiro trimestre e 3 das gestantes acompanhadas iniciaram após, então destacamos que a equipe formou-se há apenas três meses e estas gestantes já estão no terceiro trimestre.

A equipe trabalha da seguinte forma, a primeira consulta é realizada pela enfermeira a qual solicita todos os exames de laboratórios da captação, atenção odontológica e vacinação e preenche o cartão da gestante. A segunda consulta é realizada pelo médico, onde se realiza uma avaliação integral da gestante e assim vamos alternando as consultas. Uma vez que as gestantes têm 36 semanas vem semanalmente em consultas até o parto, fazendo sempre avaliação integral. Também fazemos visitas domiciliares às nossas gestantes, assim avaliamos onde moram, os riscos que podem ter para assim poder auxiliar nas melhorias necessárias. Em nosso

trabalho avaliamos e classificamos o risco gestacional para modificá-los e encaminhar à consulta de alto risco e NASF os casos necessários. Os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos da gestante, formulário especial do pré-natal, ficha de atendimentos odontológicos e ficha de espelho das vacinas. Com relação a desenvolver atividades coletivas, a área de abrangência da equipe fica muito longe da UBS e as gestantes somente comparecem à unidade com as consultas agendadas, nesse caso aproveitamos a consulta ao máximo para oferecer informações à gestante e ao familiar que sempre lhe acompanha, então, desde há algumas semanas agendamos consulta a várias gestantes para o mesmo dia e aproveitamos para fazer ações de educação em saúde. Apenas em uma área há local para desenvolver atividades coletivas e na mesma não temos gestantes por enquanto.

As puérperas são captadas na primeira semana após o parto em visita domiciliar, junto ao recém-nascido e até o momento não existem atrasos, durante a consulta posterior são examinadas e avaliadas de forma integral e feito um exame ginecológico para detectar qualquer sinal de alarme de uma infecção puerperal, também orientamos sobre o aleitamento materno e as vantagens para ela e seu bebê e sobre métodos anticoncepcionais. Segundo estimativas do CAP, temos 66 puérperas, com acompanhamento de 23 (35%) e destas todas tem 100% dos indicadores de qualidade, portanto devemos manter essa qualidade e buscar aumentar o número de puérperas acompanhadas, com o trabalho de conscientização já sendo iniciado ainda durante o pré-natal.

Na UBS existe o protocolo de atendimento pré-natal (BRASIL,2012) e nossa equipe trabalha dia a dia para garantir que as futuras mães tenham uma ótima gestação e assim obter um índice de mortalidade materno-infantil baixa, que é nosso principal objetivo. Eu acredito que com o esforço de toda a equipe, os resultados vão melhorar a cada dia, sendo que devemos trabalhar principalmente na captação do total de gestantes que possam existir na área e adesão delas com a equipe, inclusive no puerpério para garantir a atenção de qualidade.

Todos os profissionais da UBS orientam as mulheres sobre os fatores de risco do câncer de mama e colo de útero, como tabagismo, sedentarismo, além da necessidade de ter alimentação saudável e o uso de preservativo em todas as relações sexuais. Na unidade também são feitas ações de educação da mulher para a realização periódica de exame preventivo do câncer de colo de útero e o exame é feito todos os dias da semana, de segunda a sexta e a coleta de exame é feita pelo

médico e enfermeiro. Na unidade são feitos os exames oportunos e organizado, utilizamos o protocolo produzido pelo Ministério de Saúde e Instituto Nacional do Câncer (Brasil, 2013b) e até o momento não houve negativa na realização do estudo. A investigação dos fatores de risco para o câncer de colo de útero ainda não é realizado em todas as mulheres da área que realizam exame cito patológico, nem temos registro do total de mulheres com exames alterados, do total que delas tiveram perda de seguimento, sendo que a equipe tem os dados apenas daquelas que têm o estudo e acompanhamento na unidade. Os atendimentos às mulheres que realizam a coleta de exames é registrado em livro de registro e prontuário clínico, guardando os resultados dos exames num arquivo, que é revisado de forma mensal, com a finalidade de verificar mulheres com exames em atraso ou alterado e verificar a qualidade do programa sendo o mesmo revisado pelo enfermeiro e clínico geral. No momento a UBS não está fazendo atividades coletivas pelas condições estruturais da sala para este fim, sendo feitas as atividades quando as equipes têm local disponível na área adstrita.

Na unidade existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do programa de prevenção do câncer de colo uterino, sendo eles, o enfermeiro e clínico geral, realizando reuniões com uma frequência mensal. Também os enfermeiros, médicos clínicos gerais e médicos ginecologistas se dedicam à avaliação e monitoramento do programa, fazem reuniões com a mesma frequência mensal, utilizando os dados, registrados no prontuário e no registro específico do programa. Não são feitos relatórios com os resultados encontrados.

Para falar sobre os dados dessa ação programática, é muito importante lembrar o pouco tempo que a equipe foi formada e também que temos uma área de abrangência no centro da cidade onde muitas mulheres fazem o acompanhamento com médicos do setor privado, sendo estas algumas das causas dos baixos registros encontrados. A equipe tem o acompanhamento de 107 (16%) mulheres, do total de 668 estimadas. Destas acompanhadas, 71 (66%) tem o exame em dia, 36 (34%) tem mais de 6 meses atrasado no exame. Destas mulheres com acompanhamento pela equipe, 4 (4%) tem o diagnóstico de exame alterado, 32 (30%) delas têm avaliação de risco para câncer de colo de útero e a equipe aproveita todos os cenários para dar orientações sobre prevenção de câncer de útero. Com os dados que tem a unidade foi difícil o preenchimento do caderno de ações programáticas, porque tem um número que não reflete a realidade da nossa área, pois não são todas as mulheres que fazem

acompanhamento pela UBS, muitas fazem em consultórios particulares, mas a equipe está trabalhando muito para atualizar todos estes dados.

Na unidade são realizadas atividades para as mulheres para reconhecer os sinais e sintomas de câncer de mama, fazemos rastreamento do câncer de mama com solicitação de Exame Clínico das Mamas (ECM) e/ou solicitação de mamografia todos os dias da semana, e no caso das mamografias, elas são feitas no hospital geral com uma pronta realização, sem a necessidade de filas de espera. As ações são feitas pelo médico clínico geral e enfermeiro e este rastreamento é oportuno, aproveitando os espaços das consultas, sendo utilizado o protocolo de Ministério da Saúde e Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2013). Segundo o caderno de ações programáticas do total de 137 mulheres de 50 a 69 anos, que a equipe deve acompanhar temos que 100 (73 %) estão em acompanhamento, e destas que 28 (28%) tem mamografia em dia e 16 (16%) tem mais de 6 meses em atraso para a realização de mamografia e não temos registro do total de mulheres fora de área de abrangência que realizam rastreamento na Unidade. Uma dificuldade em relação aos dados é que a equipe não tem o número de mulheres com mamografias alteradas nos últimos 3 anos, nem das que tiveram perda de seguimento, sendo que esta atualização já está sendo realizada durante as consultas e nas visitas domiciliares. Os atendimentos são registrados em livro de registros e prontuário clínico, mas não temos um arquivo específico para o registro dos resultados da mamografia, e assim como nas demais ações programáticas, não temos profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação de controle do câncer de mama, nem monitoramento das ações.

A equipe de saúde acredita que o principal aspecto a ser trabalhado é a ampliação dos indicadores de cobertura e qualidade do controle do Câncer de colo de Útero e Câncer de Mama em minha UBS através da coordenação entre a direção da UBS, a Secretaria Municipal de Saúde e os trabalhadores da UBS visando aumentar o número de mulheres entre 25 e 69 anos da área de abrangência acompanhadas para o controle destas patologias. Para poder ofertar um serviço de qualidade e verdadeiramente eficiente é necessário ter um controle e poder fazer o seguimento destas mulheres com exames alterados tanto do controle de Câncer de Colo de Útero como de Câncer de Mama.

Na unidade básica onde trabalho, são realizadas atividades de orientação sobre hábitos alimentares saudáveis, para portadores de Hipertensão Arterial

Sistêmica (HTA) e Diabetes Mellitus (DM), para o controle do peso corporal, realização de atividade física e também são orientados sobre os malefícios do álcool e tabagismo. É oferecido atendimento a adultos portadores de HTA e DM todos os dias da semana, em todos os turnos com a participação do assistente social, educador físico, enfermeiro, médico clínico geral, nutricionista e técnico auxiliar de enfermagem e após a consulta, o usuário sai com a próxima consulta agendada. Além destas consultas agendadas, temos também demanda espontânea e as equipes têm vagas para os casos que possam aparecer, pois na UBS temos um pronto atendimento que funciona de 7 horas a 24 horas. Para o atendimento destes diabéticos e hipertensos, existe um protocolo de atendimento, feito pelo Ministério de saúde (BRASIL, 2006) e é utilizado por todos os profissionais que participam do atendimento e também são utilizados protocolos para regular o acesso dos adultos com HTA e DM a outros níveis dos SUS. São desenvolvidas ações como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde mental, alcoolismo, obesidade, sedentarismo, tabagismo. Não é feito diagnóstico e tratamento de saúde bucal, pois o serviço está deficiente neste momento.

Durante a consulta os usuários são avaliados para fazer classificação do risco cardiovascular e o profissional orienta sobre complicações que podem aparecer e os cuidados necessários. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico e o mesmo fica guardado num arquivo, que é revisado pelo médico clínico geral e enfermeiro mensalmente. Na unidade existe só o programa de Hipertensão-Diabetes (HIPERDIA) e o responsável pelo cadastramento e o envio de dados é o enfermeiro.

Na unidade a sala de atividades coletivas está sem condições estruturais e as equipes procuram outros locais para realizar atividades com os hipertensos e diabéticos. Existem profissionais que se dedicam ao planejamento e coordenação de ações dispensadas aos adultos com HTA e DM e estes profissionais são enfermeiro e clínico geral, que reúnem se mensalmente, mas não existem profissionais que avaliem estas ações.

A equipe tem um sub registro de usuários com diabetes Mellitus e hipertensão arterial sistêmica e foi muito difícil a coleta de dados. Há ainda uma particularidade desta população, pois área fica no centro e algumas famílias gostam de ser atendidas na atenção privada, pois tem planos de saúde e outros que já tem o acompanhamento em outras UBS mais perto de suas casas, então muitos não vêm à unidade para acompanhamento.

Assim temos segundo o CAP uma estimativa de 555 hipertensos, dos quais 254 (46 %) são acompanhados pela equipe e 64 (25 %) tem realizado avaliação do risco cardiovascular e exames em dia, 98 (39%) tem a consulta em atraso. Para os 254, são realizadas orientações sobre a realização de atividades física regular, orientações para alimentação saudável, sobre avaliação de saúde bucal tanto com diabéticos e hipertensos. Não muito diferente, acontece com os diabéticos, dos quais temos uma estimativa de 158 com 79 (50%) cadastrados, 47 (59%) tem a consulta em dia, com avaliação de risco cardiovascular e exame físico completo com avaliação integral e em atraso da consulta agendada em mais de 7 dias a equipe tem 28 (35%) usuários, sendo o total de 79 com as orientações sobre atividade física regular e alimentação saudável.

A equipe faz atividades com estes grupos de usuários em uma associação de idosos, onde além de avaliar em consultas e oferecer palestras sobre os cuidados necessários, realizamos glicemias capilares e levamos café da manhã para compartilhar com eles.

Ao fazer uma avaliação de nosso trabalho na comunidade, com o grupo de hipertensos e diabéticos, nossos esforços com autoridades e gestores de saúde precisam ser mais efetivos e é necessário unir esforços entre todos e refletir a forma de melhorar os indicadores de cobertura e de qualidade da atenção à HAS e DM da UBS e do município todo.

Na unidade fazemos atendimento à saúde dos idosos todos os dias da semana, em todos os turnos, oferecendo este atendimento aos usuários tanto da área de abrangência da unidade como os que não são desta área. No atendimento participam o assistente social, enfermeiro, médico clínico geral e técnico de enfermagem e ao sair da consulta eles já tem a próxima agendada. Como para todos os grupos de idade, existe demanda para atendimento para problemas de saúde agudos e em nossa unidade temos esta oferta também para os usuários da nossa área e fora dela, mas não existe excesso de demanda para atendimento de problemas agudos e até o momento não temos protocolo para o atendimento, mas sempre são atendidos com prioridade. As ações que são feitas na unidade são imunizações, promoção de atividade física, de hábitos alimentares saudáveis, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de alcoolismo, tabagismo, obesidade e sedentarismo. Além de não ter protocolos para o atendimento de idosos, também não usamos protocolos para encaminhamento para atendimento nas especialidades, para

internação hospitalar, para serviços de pronto-atendimento e para serviços de pronto-socorro. Estes atendimentos são registrados em prontuário clínico e ficha espelho de vacinas e existe um arquivo específico para estes registros, que são revisados mensalmente pelo médico clínico geral e enfermeiro, com o objetivo de verificar os idosos faltosos no retorno, qualidade dos registros, procedimentos em atrasos, idosos de risco e qualidade do atendimento.

Os profissionais de saúde da UBS sempre avaliam a Capacidade Funcional Global do idoso por ocasião do exame clínico, também explicam aos idosos e familiares, os possíveis sinais das complicações das doenças ou problemas de saúde, mas temos certeza que no caso de trabalhar com um protocolo de saúde do Idoso, poderíamos fazer estas ações mais completas e melhorar ainda mais a saúde deste grupo. Até o momento na unidade não temos caderneta de saúde da pessoa idosa, não temos Estatuto da Pessoa Idosa e tampouco temos implantado outros programas para atenção ao idoso.

A UBS realiza atividades em grupo com os idosos, tem um grupo chamado Arco- Iris, realizadas no âmbito da associação e os profissionais que participam são educador físico, fisioterapeuta, enfermeiro, técnico de enfermagem e médico. Também oferecemos cuidado domiciliar na UBS e existe levantamento dos idosos moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar, o que é feito pela assistente social, enfermeiro, técnico de enfermagem e médico clínico geral.

Os profissionais que se dedicam ao planejamento e coordenação das ações dispensadas aos idosos são médico clínico geral e enfermeiro, eles fazem reuniões com uma frequência mensal, mas não há profissionais que se dedicam a avaliar e monitorar estas ações.

A equipe 090 tem uma estimativa segundo o CAP de 162 idosos, mas neste momento temos apenas 33 (20%) idosos em acompanhamento na unidade. Destes 33 idosos, nenhum tem caderneta de saúde da pessoa idosa e esta é uma dificuldade que já foi informada a secretaria de saúde do município e estamos aguardando a resposta. Ainda do total de idosos, somente 29 (88%) tem acompanhamento em dia representando, portanto tem realização de avaliação multidimensional rápida, avaliação de risco para morbi-mortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice, deles 24 (73%) são hipertensos, e 7 (21%) são diabéticos. É importante lembrar estes dados são uma estimativa de cobertura e qualidade e com o novo

cadastro será possível conhecer os dados reais e destaco ainda que na área de abrangência temos muitos idosos com plano de saúde que não vêm para o atendimento na unidade, mas é do conhecimento da equipe que todos têm orientações de hábitos alimentares saudáveis e de atividade física regular, deste último excluindo os cadeirantes e acamados. A equipe tem atividades na associação de idosos da área centro da cidade, onde além de se reunir com diabéticos e hipertensos, também tem reuniões com este grupo, lembrando que muitos idosos são portadores dessas doenças crônicas.

A equipe tem o maior desejo de oferecer um atendimento de alta qualidade a toda à população, mas a este grupo tão sensível de usuários em especial, pois notamos que há uma deficiência na assistência prestada e por isso todos os dias a equipe faz esforços diários para ganhar espaço dentro da área e assim evitar que usuários que precisem de atendimento fiquem sem ele. Precisamos ainda reorganizar nosso serviço para poder realizar os atendimentos tanto na unidade quanto nos domicílios.

Ao realizarmos a análise situacional, percebemos que há ações programáticas que precisam ser melhoradas, pois não há organização nos atendimentos e as coberturas estão abaixo. Sabemos que há muito trabalho para ser realizado, mas diante da realidade, a equipe definiu com o foco da intervenção a saúde do idoso. Nossa população idosa é grande e a cobertura está muito abaixo, com necessidade de melhorias e essa população em especial apresenta muitas fragilidades, com presença de doenças crônicas, perda da autonomia em seus cuidados, alguns restritos ao leito e sem apoio familiar e outros com suas famílias sem orientações e conhecimentos de como deve ser a atenção dessa população, suas necessidades nutricionais e os cuidados diários para evitar quedas, patologias existentes descompensadas, enfim necessitam de um acompanhamento integral, com registros de qualidade, ações coletivas e de educação em saúde, busca ativa, consultas programadas, visitas domiciliares, avaliação integral. Por isso vamos trabalhar com esta população que cresce a cada dia no Brasil devido ao aumento da expectativa de vida, visando proporcionar uma melhor qualidade de vida aos idosos e familiares.

Olhando o questionário preenchido temos muito trabalho por fazer, temos que nos organizar em nossas ações de saúde, temos que implementar os programas de saúde orientados pelo Ministério de Saúde do Brasil, temos que conscientizar os

dirigentes e gestores de saúde do município para que prestem apoio ao trabalho dos profissionais da saúde da UBS, enfim nosso desafio é grande e devemos nos unir e trabalhar de forma sistematizada para alcançar a qualidade desejada.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Fazendo uma comparação deste relatório com o texto produzido no início do curso sobre a “situação da ESF/APS em nosso serviço” olhamos as muitas dificuldades e o trabalho que ainda temos por fazer, mas percebemos um maior comprometimento da equipe, e bondade de fazer mudanças para atingir bons resultados, seguimos trabalhando fazendo as visitas às famílias das diferentes micro áreas dos agentes comunitários de saúde para avaliação da família, dentro do contexto da comunidade e também aumentou o comprometimento da equipe na programação das visitas domiciliares a acamados e idosos, estamos fazendo jornadas de HIPERDIA para avaliação e troca de receitas, palestras na associação de idosos. Agora estamos trabalhando para identificar os principais problemas de saúde em nossa área.

A cidade tem sistema de coleta de resíduos sólidos diários de segunda a sábado. Em nossa visita domiciliar a equipe faz palestras higiênico-sanitárias de doenças de transmissão hídrica, falamos sobre a importância do controle da hipertensão arterial e do diabetes, de não esquecer o acompanhamento da doença para prevenir anormalidades e sobre quedas nos idosos.

Como foi abordada anteriormente a área de abrangência está muito longe da unidade, acho que esta é uma debilidade para a equipe, se a equipe tivesse um módulo de ESF perto da área poderia oferecer um melhor atendimento e a população não teria que se deslocar até outros postos mais perto de suas residências, pois apesar de termos muitos usuários com planos de saúde, também temos parte da população mais carente, que pela distância tem dificuldades de chegar até nós. Nestes casos, a equipe se esforça para poder atender a todos da área, mas nem sempre é possível atender a todos. Nossa equipe desenvolve um conjunto de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação dos problemas e patologias mais frequentes da população de acordo com as fases de vida das pessoas com a participação dos profissionais da saúde em educação sanitária, criando

espaços de debate dentro da comunidade, com a participação da sociedade na política de saúde. Para tanto, temos como objetivos fomentar grupos de aprendizagem no âmbito de prevenção das principais doenças transmissíveis da população desta cidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Com a queda de alguns indicadores como fecundidade e natalidade e o aumento da esperança de vida ao nascer, o envelhecimento é parte da realidade da maioria das sociedades, principalmente nas que estão em desenvolvimento. No Brasil há uma estimativa de 17,6 milhões de idosos (BRASIL, 2013c). A atenção a este grupo etário é um verdadeiro desafio, já que, além de pretender conseguir que, apesar das limitações progressivas que ocorrem, elas possam viver sua vida com a maior qualidade possível, aumentando as potencialidades da pessoa idosa, e que a sua vez, a sociedade saiba reconhecê-las. Muitas são as doenças crônicas que podem afetar a funcionalidade deles e para estes usuários é muito importante a avaliação funcional, que vai ser a base para o tratamento e os cuidados necessários às pessoas idosas, avaliando o comprometimento pelas doenças ou agravos que muitas vezes impedem o desempenho autônomo e independente das atividades da vida cotidiana. Durante o atendimento deste grupo etário a equipe deve ser capaz de avaliar integralmente o idoso para conhecer as limitações que ele tem e quais são as ações que devemos desenvolver para melhorar a qualidade de vida dele.

A equipe 090 trabalha na unidade Rubim Aronovitch, localizada na orla da cidade, uma unidade mista, que tem convênio com universidade, sendo campo de estágio para a UNIFAP (Universidade Federal do Amapá) e Sistema de Ensino da Amazônia (SEAMA). Para realizar atendimento em consultórios, utilizamos os consultórios da UBS, a que abriga quatro equipes de ESF e um NASF. Uma dificuldade é o fato da localização da unidade ficar muito longe da área e isso dificulta a vinda dos usuários para a unidade, sendo que às vezes eles aguardam a visita da equipe ou as ações que realizamos na associação de idosos. A estrutura física da UBS não é boa com espaço físico muito reduzido e carente de pintura e reparo, não

há adaptação para o acesso de pessoas idosas e com deficiências, pois tem degraus na entrada e não tem corrimãos nem rampas. Sobre a estrutura da UBS, a falta do laboratório tem afetado bastante a qualidade do nosso atendimento, mas neste momento a unidade está se organizando para colocar em funcionamento o laboratório e a secretaria de saúde está viabilizando a realização dos exames em outro local. Temos carência de alguns equipamentos e instrumentos de uso geral, com pequena quantidade de alguns e outros não há disponibilidade, além de uma grande deficiência dos medicamentos. Nossa equipe de trabalho é constituída por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, uma estomatóloga, e uma auxiliar em saúde bucal, que começaram a trabalhar com a equipe há poucos dias, sendo estas últimas profissionais, compartilhadas com outra equipe. Também contamos com NASF. Das quatro ESF, duas delas são atendidas por médicos cubanos e as outras por médicas brasileiras.

O tamanho das equipes na UBS é adequado para o tamanho da população que é de 12.985, sendo que a nossa equipe tem um total de 900 famílias e 3150 usuários, correspondendo com a estimativa do Brasil, mas nem todos procuram nosso atendimento na UBS, pelo fato de nossa área ser a do centro da cidade e muitos têm planos de saúde, além do fato de a unidade ficar longe da área, motivo pelo qual, muitos vão para unidades que ficam mais perto como Rosa Moita e São Pedro, o que tem como resultado que nem todos nossos usuários tenham o acompanhamento em dia.

Até o momento só temos atingindo 20% do total de idosos de nossa área, pois temos em acompanhamento apenas 33 usuários maiores de 60 anos do total de 162 segundo o CAP. Em nossa unidade realizamos atendimento dos idosos todos os dias da semana em todos os turnos, oferecendo este atendimento a idosos tanto da área de abrangência da unidade como os que não são desta área, sendo que este atendimento, não afeta os usuários da área de abrangência e deste atendimento participam o assistente social, enfermeiro, médico clínico geral e técnico de enfermagem. Ao sair da consulta eles já têm a próxima consulta agendada e oferecemos atendimento para problemas de saúde agudos. As ações que são feitas na unidade são imunizações, promoção de atividade física, de hábitos alimentares saudáveis, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, como alcoolismo, tabagismo, obesidade e sedentarismo. Uma grande fraqueza é que não usamos protocolo para o atendimento de idosos, nem para encaminhamento para atendimento

às especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto-atendimento e para serviços de pronto-socorro. Estes atendimentos são registrados em prontuário clínico e ficha espelho de vacinas. Existe um arquivo específico para estes registros, o que é revisado mensalmente e os profissionais de saúde da UBS sempre avaliam a Capacidade Funcional Global do idoso por ocasião do exame clínico e também explicam aos usuários e familiares os possíveis sinais das complicações das doenças ou problemas de saúde. Outra fraqueza é que no momento na unidade não temos caderneta de saúde da pessoa idosa, também não temos Estatuto da Pessoa Idosa e tampouco temos implantado outros programas para atenção ao idoso.

A unidade não tem local para ações em grupo, então as realizamos utilizando locais da comunidade segundo estratégias de cada equipe e também oferecemos cuidado domiciliar. Na UBS existe levantamento dos idosos moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar. Os profissionais que se dedicam ao planejamento e coordenação das ações dispensadas aos idosos são médico clínico geral e enfermeiro e eles fazem reuniões com uma frequência mensal, mas não tem profissionais que se dedicam a avaliar e monitorar estas ações.

A equipe 090 segundo estimativas do CAP, é de um total de 162 idosos, dos quais, somente 33 (20%) têm acompanhamento, faltando ainda 80 % por atingir o total de idosos, sendo que a maioria dos que estão com acompanhamento são hipertensos, diabéticos ou outros que tem precisado atendimento ou a aqueles que a equipe tem conseguido realizar o atendimento em domicílio. A equipe tem atividades na associação de idosos da área centro da cidade, onde além de se reunir com idosos dessa micro-área também atende usuários das micro-áreas próximas. Nessas ações oferecemos atendimento e também palestras orientando a população para melhorar a qualidade de vida. Tendo presente que a população de nossa área é principalmente idosa, a equipe decidiu realizar a intervenção nesta ação programática para fazer mudanças na saúde deste grupo populacional tão importante e grande e que ainda não temos conseguido atingir a maior parte, sendo muito importante alcançar a adesão de um maior número da população, para o que a equipe encontra-se muito envolvida com o cadastramento do total de idosos e por atender a todos eles, garantindo um atendimento de ótima qualidade. Este fato será possível com a realização de um trabalho agora e seguido adiante, mas temos uma dificuldade que não é possível resolver pela equipe, é o fato de estarmos distante da população e temos só uma associação de idosos para realizar as atividades. Para garantir chegar

até um número maior de usuários a equipe tem planejado aumentar a frequência de visitas, de 2 para 4 semanais. Buscamos melhorar o número de pessoas acompanhadas pela equipe, aumentando o conhecimento da população idosa e seus familiares e comunidade em geral, sobre cuidados da pessoa idosa, alimentação saudável, prática de exercício físico, importância do acompanhamento em dia pela equipe, da realização de exames complementares, da avaliação por odontologia, para assim podermos oferecer atendimento odontológico, atendimento a um maior número de pessoas cadeirantes e acamadas, hipertensos, diabéticos e até poderemos ter esperança de que com a ajuda da secretaria de saúde ter os nossos idosos com caderneta de saúde. Em geral com a intervenção temos o maior desejo de alcançar melhorias na saúde de nossa área.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da Atenção à Pessoa Idosa na Unidade Básica de Saúde Rubim Aronovitch, Macapá, AP.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Meta:

1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso da equipe 090 na Unidade de Saúde na unidade Rubim Aronovitch.

Metas:

2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

2.3 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

2.4 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

2.5 Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

2.6 Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

2.7 Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

2.8 Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

2.10 Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos da área de cobertura ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta:

3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações da equipe 090 da UBS Rubim Aronovitch.

Metas

4.1 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

4.2 Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Metas:

5.1 Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbi-mortalidade.

5.2 Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

5.3 Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos da área de abrangência da equipe.

Metas:

6.1 Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

6.2 Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

6.3 Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas, mas devido as férias do médico, foram desenvolvidas 12 semanas com a presença do médico especializando na unidade e as demais 4 semanas serão desenvolvidas pela equipe na área da equipe 090 da UBS Rubim Aronovitch, situada na orla da cidade do município de Macapá – AP. Participarão da intervenção todos os idosos, englobando as pessoas acima dos 60 anos da área de abrangência da equipe 090. Trata-se de um projeto de intervenção realizado através de estudos, levantamento de dados e desenvolvimento de ações programáticas de assistência, promoção e prevenção à saúde dos idosos.

As ações realizadas na intervenção serão baseadas no Caderno de Atenção Básica nº 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2007). Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. Para levantamento dos dados e consolidação dos mesmos, será utilizado o banco de dados do SIAB, prontuários e registros específicos, relatos dos ACS e ficha-espelho (anexo C), fornecidos pela Universidade Federal de Pelotas UFPEL, que serão atualizados diariamente ao terminar o trabalho e o resumo será feito semanalmente. Os dados obtidos destes registros serão preenchidos na planilha de coleta de dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores (Anexo B).

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Aumentar a cobertura da população idosa da equipe 090 da UBS Rubim Aronovitch.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura em atenção à saúde do idoso até atingir 60 %.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar mensalmente a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermeira mensalmente realizará o monitoramento do número de idosos cadastrados no programa com relação ao número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde através da revisão das fichas espelhos e planilha de coleta de dados.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Acolher os idosos que procuram atendimento por outras causas.

Detalhamento: O acolhimento dos idosos acontecerá todos os dias na UBS e em todos os turnos de trabalho, verificando sua pressão arterial por qualquer motivo de consulta, vai se manter a busca ativa dos mesmos no bairro durante as visitas domiciliares. Todos os profissionais da equipe serão responsáveis pelo acolhimento indicaram hemo-glicoteste aos idosos com pressão maior que 135/80 mmHg.

Ação: Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.

Detalhamento: Esse cadastramento acontecerá desde já atualizando todas as informações relacionadas com este grupo populacional onde os agentes comunitários de saúde têm o maior peso do trabalho na área, mas todas as pessoas que trabalham em saúde na unidade serão capacitadas para um acolhimento de qualidade este grupo população, dando continuidade às orientações dadas no programa de atenção nos idosos para dar um seguimento de acordo com o protocolo e assegurando uma porta aberta do serviço para os idosos.

Ação: Atualizar as informações do SIAB.

Detalhamento: Implantar planilha/registro específica de acompanhamento do atendimento aos idosos e definir os responsáveis pelo monitoramento dos registros.

Engajamento Público

Ações:

Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Detalhamento: Estas ações serão desenvolvidas por todos os profissionais da equipe em todos os lugares e espaços da comunidade para isso vamos nos auxiliar de folhetos, palestras em igrejas e comunicação com os líderes para divulgação de informação do projeto. A médica e a enfermeira serão os maiores responsáveis avaliando as informações semanalmente.

Qualificação da Prática Clínica

Ações:

Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço. Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: Essas capacitações ocorrerão durante as reuniões de equipe duas vezes ao mês e a médica será a maior responsável. Os temas abordados serão acolhimento, busca ativa e a saúde do idoso, seguem a política nacional de humanização e o programa atenção aos idosos.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1: Realizar avaliação multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência acompanhados, utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar mensalmente a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Detalhamento: A equipe de enfermagem revisará mensalmente os prontuários, caderneta do idoso e ficha espelho para comprovar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida e detectar os faltosos para fazer a busca ativa dos mesmos.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Solicitar ao gestor garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...).

Detalhamento: Em reunião com a gestora da UBS será organizado tudo para que se facilite o material necessário para a realização da avaliação, estes recursos também serão solicitados á gestora através de ofício.

Ação: Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Detalhamento: Serão realizadas discussões com a equipe sobre as atribuições de cada profissional da equipe, na avaliação multidimensional rápida, a médica e a enfermeira serão as responsáveis por essa ação.

Engajamento Público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

Detalhamento: Em palestras na igreja e grupos dos líderes forneceremos as informações básicas para que ajudem a divulgar a importância da avaliação multidimensional rápida, para detectar limitações que podem ser tratadas oportunamente. Todos os profissionais em conjunto farão grupo de idosos e palestras em educação para a saúde para a comunidade toda.

Ação: Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Detalhamento: Em cada controle feito aos idosos, serão informados sobre seu estado de saúde e orientados a como melhorar dia a dia com dieta saudável, pratica de exercício físico. Toda a equipe será responsável por essa ação. As responsáveis destas ações serão a medica e enfermeira, e será feita continuamente.

Qualificação da Prática Clínica

Ações:

Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Detalhamento: As primeiras semanas do projeto estão destinadas a capacitação dos profissionais de saúde em um exame clínico de qualidade para garantir um controle adequado para isso a médica e os profissionais do NASF serão os responsáveis por facilitar todas as informações necessárias nas reuniões de equipe, que vão ser feitas com uma periodicidade semanal, cada sexta feira.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar semanalmente a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: A médica será responsável pelo monitoramento semanal da realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde revisando as informações preenchidas no prontuário e outros documentos que facilitam a informação como ficha espelhos e coleta de dados.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: A enfermeira e a médica definirão semanalmente durante as reuniões as atividades que farão todos os membros da equipe.

Ação: Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado

Detalhamento: Cada semana em reunião se lhes informara aos ACS os idosos que não receberam exame clínico apropriado, para buscar e fazer o exame apropriado.

Ação: Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Será separado um horário na agenda diária para atendimento aos idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Ação: Garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Detalhamento: Durante a primeira semana a médica e a enfermeira realizarão um documento onde será informado o gestor para que ele facilite a organização dessas referências e contra referências.

Engajamento Público

Ação: Diante palestras, orientarem os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Essas orientações serão realizadas a toda pessoa que tem consulta na UBS com sessenta anos, com ou sem doença crônica como HTA/DM, também serão feitas durante as visitas domiciliares por todos os profissionais da equipe que estarão capacitados para isso.

Qualificação da Prática Clínica

Ações:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: A médica será responsável pelas capacitações que ocorrerão durante as reuniões de equipe nas primeiras semanas da intervenção.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Monitoramento e Avaliação

Ações:

Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada

Detalhamento: A enfermeira, a técnica de enfermagem e os ACS monitorarão semanalmente o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados e feitos segundo o protocolo.

Organização e Gestão do Serviço

Ações:

Garantir a solicitação dos exames complementares

Garantir com o gestor municipal realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: A médica fará a solicitação dos exames de acordo com a necessidade de cada usuário. A enfermeira e a medica em reunião com o gestor municipal repassará a necessidade da realização desses exames.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: Serão assinaladas as fichas espelhos dos usuários que não tenham os exames complementares solicitados e/ou realizados, para ter uma identificação destes usuários.

Engajamento Público

Ações:

Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Estas ações serão desenvolvidas por todos os profissionais da equipe que repassarão as orientações em sala de espera, visitas domiciliares, consultas e atividades de grupos oferecidas.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: A médica será responsável pelas capacitações que ocorrerá nas reuniões de equipe todas as semanas.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

Detalhamento: Para alcançar esta meta a médica e enfermeira vão monitorar quinzenalmente o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / HIPERDIA.

Organização e Gestão do Serviço

Ações:

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermeira será a responsável pela realização mensal do controle de estoque e validade de medicamentos e pelo registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obtê-los.

Detalhamento: Estas orientações serão repassadas por todos os profissionais da equipe, durante o contato com a comunidade em grupos, palestras, consultas, visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

Ações:

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: A médica dará explicações sobre o tratamento da hipertensão e/ou diabetes além de oferecer capacitação para a equipe em geral sobre como orientar os usuários sobre alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Essas atividades ocorrerão nas reuniões de equipe, ao início da intervenção.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Detalhamento: A enfermeira e a médica monitorarão o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados pelos ACSs nas visitas domiciliares baseados na estimativa de 8% dos idosos da área de abrangência.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Detalhamento: Os ACS vão ser os responsáveis em manter o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção da área, com atualização mensal.

Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

Detalhamento: Esta ação será desenvolvida por todos os profissionais da equipe, que repassarão as orientações em sala de espera, visitas domiciliares, consultas e grupos.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Detalhamento: Durante as duas primeiras reuniões da equipe os ACS serão capacitados pela médica e pela enfermeira.

Meta 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar mensalmente realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: A enfermeira e os ACS monitorarão a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção e os ACS serão os responsáveis por organizar e planejar essas visitas que serão feitas pela equipe.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: A equipe contará com um turno da semana reservado para a realização das visitas domiciliares a idosos acamados o com problemas de locomoção.

Engajamento Público

Ações:

Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar ou com problemas de locomoção.

Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados.

Detalhamento: Essas orientações serão repassadas por todos os profissionais da equipe para a comunidade em todos os ambientes propícios como sala de espera, visitas domiciliares, consultas e grupos.

Qualificação da Prática Clínica

Ações:

Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento: A médica e a enfermeira serão responsáveis por capacitar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência e de como

se reconhecer casos que necessitam de vista domiciliar, por meio de dinâmicas e rodas de conversa em reuniões de equipes feitas semanalmente na UBS.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar semestralmente o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS.

Detalhamento: semestralmente será feito o monitoramento do número de idosos submetidos a rastreamento para HAS por meio da revisão dos prontuários feita pela equipe de enfermagem.

Organização e gestão do serviço

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

Detalhamento: Durante capacitações aos profissionais da saúde informaremos a importância do acolhimento às pessoas idosas, será orientado fazer a verificação da PA com a qualidade requerida, cumprindo os princípios básicos como o repouso por mais de cinco minutos, não ter ingerido café, não consumido cigarro, além da colocação do aparelho, esclarecendo porque medir a pressão arterial no braço direito para que os resultados sejam o mais certo possível. Todos os profissionais da equipe serão responsáveis pelo acolhimento aos idosos portadores de HAS que ocorrerá todos os dias em todos os turnos de trabalho.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: Todo este material foi discutido com a gestora que garantirá todo para que o exame clínico tenha qualidades. A médica será o responsável por essas ações.

Engajamento Público

Ações:

Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.s:

Detalhamento: estas ações aconteceram em todos os ambientes da UBS, nas visitas domiciliares, e nas atividades em grupos. Todos os profissionais de saúde serão responsáveis pelas orientações.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamentos: A enfermeira e a médica farão a capacitação dos ACS e técnicos de enfermagem sobre a técnica de verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar anualmente o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM.

Detalhamento: Uma vez ao ano a medica e enfermeira vão fazer o monitoramento dos idosos com pressão arterial sustentada maior 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para a realização do rastreamento para diabetes mellitus.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

Detalhamento: Todos os profissionais da equipe terão capacitação e serão responsáveis pelo acolhimento aos idosos portadores de DM que acontecerá todos os dias.

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Os materiais necessários para a realização do hemoglicoteste serão solicitados ao gestor da unidade. A médica será a responsável por essas ações.

Ação: Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento: Ao preencher as fichas espelhos, profissionais farão uma marca vermelha, que sinalize os idosos que provavelmente tenham que fazer hemoglicoteste, esta ação será feita pelos técnicos de enfermagem e enfermeiras, que serão treinadas, para reconhecer quais serão idosos com risco de DM.

Engajamento Público

Ações:

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Detalhamento: Orientações que serão repassadas por todos os profissionais da equipe para a comunidade em todos os ambientes propícios como sala de espera, visitas domiciliares, consultas e atividades com grupos.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão os responsáveis pela capacitação das equipes que acontecerá nas reuniões de equipe semanalmente, por meio de rodas de conversa e dinâmicas.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Detalhamento: O médico e a técnica de saúde bucal monitorarão a realização de avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos que será feita através de entrevista nas consultas com anotações nos prontuários.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: Na capacitação dos profissionais de saúde está incluído o tema de acolhimento com qualidade a pessoa idosa que procura atendimento médico na UBS.

Ação: Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: Na unidade também será feito o cadastro, que poderá acontecer no momento que o usuários vem à consulta por qualquer sintoma.

Ação: Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: As pessoas com sessenta anos ou mais terão prioridade nos atendimentos odontológicos, ao igual que para outros atendimentos.

Ação: Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: A técnica em saúde bucal será a maior responsável pela avaliação. Os idosos que necessitarem de atendimento serão agendados para consulta com a odontóloga da equipe.

Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

Detalhamento: Essas orientações serão repassadas por todos os profissionais da equipe para a comunidade em todos os ambientes propícios como sala de espera, visitas domiciliares, consultas e atividades em grupos.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

Detalhamento: A médica e a técnica em saúde bucal capacitarão a equipe para realizarem essa avaliação. Essas capacitações ocorrerão nas reuniões de equipe semanalmente, durante as duas primeiras semanas da intervenção.

Meta 2.10 Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento: A médica, em conjunto com a técnica em saúde bucal irão monitorar o número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico baseado na atualização do cadastro da população.

Organização e Gestão do Serviço

Ações:

Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: vamos organizar o acolhimento aos idosos na unidade de saúde, principalmente os da área de abrangência, garantindo seu atendimento odontológico, através da organização da agenda de saúde bucal e oferecimento de atendimento prioritário, estas ações serão feitas por todos os integrantes da equipe, garantindo que todos os usuários da área realizem a primeira consulta odontológica.

Engajamento Público:

Ações:

Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.

Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: Essas orientações serão repassadas por todos os profissionais da equipe para a comunidade em todos os ambientes propícios como sala de espera, visitas domiciliares, consultas e atividades em grupos.

Qualificação da Prática Clínica

Ações:

Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

Capacitar os ACS para captação de idosos.

Detalhamento: O médico e a técnica em saúde bucal capacitarão a equipe para realizarem o acolhimento do idoso segundo o protocolo, e a realização do cadastro, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico, além de capacitar os ACSs para a captação de idosos, esta capacitação ocorrerá na primeira semana da intervenção.

Ação: Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento: A cirurgiã dentista da equipe receberá uma capacitação sobre a primeira consulta odontológica em idosos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar mensalmente o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento: Será feita mensalmente pela enfermeira por meio da revisão dos prontuários clínicos.

Organização e Gestão do Serviço

Ações:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Os ACS serão os responsáveis pelas buscas ativas e será reservado na agenda um horário para atendimento aos usuários provenientes destas buscas.

Engajamento Público

Ações:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).

Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Estas ações serão desenvolvidas pelos profissionais da equipe que farão visitas domiciliares e palestras para orientar a comunidade sobre a importância da realização das consultas, explicar à comunidade e os idosos sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, além de lhes ouvir para pautar ações que evitem a evasão das consultas.

Qualificação da Prática Clínica

Ações:

Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão a capacitação mensal dos ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade assim como será definido com a equipe a periodicidade das consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar mensalmente a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

Detalhamento: A médica será a responsável por monitorar a qualidade do preenchimento dos registros dos idosos acompanhados, atualizado o 100% das atividades que realizamos.

Organização e Gestão do Serviço

Ações:

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

Detalhamento: Os responsáveis de manter registro específico de 100% das pessoas idosas são as técnicas de enfermagem, a médica e enfermeira da equipe irão realizar mensalmente o monitoramento da qualidade dos registros dos idosos acompanhados na unidade, mantendo as informações do SIAB atualizadas. Será implantado pela equipe planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos, pactuando com a equipe o registro das informações e definindo um responsável pelo monitoramento dos registros que serão o médico clínico geral e enfermeiro, para que o sistema de registro viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Essas orientações serão repassadas por todos os profissionais da equipe durante os contatos com a comunidade em reuniões e palestras em igreja e outros centros de apoio.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

Detalhamento: A enfermeira repassará aos profissionais da equipe todas as orientações para o preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento e atendimento aos idosos, durante as reuniões de equipe.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Todos os profissionais da equipe monitorarão os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em todas as oportunidades do seu uso.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: A médica e enfermeira solicitarão ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Engajamento Público

Ação: Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento: Durante as palestras na comunidade todos serão informados da importância de portar a caderneta de saúde do idoso, pelas informações que esta pode oferecer durante um atendimento.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento: Durante as reuniões de equipe acontecerá também a capacitação da forma adequada do preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa, pela médica e pela enfermeira.

Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas acompanhadas pela equipe para risco de morbi-mortalidade.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos de maior risco de morbi-mortalidade identificados na área de abrangência com uma frequência mensal.

Detalhamento: O monitoramento será realizado mensalmente pela enfermeira que usará as informações trazidas pelas ACS.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbi-mortalidade.

Detalhamento: Serão reservadas vagas na agenda médica para atendimento de idosos com maior risco de morbi-mortalidade, assim como o planejamento das visitas domiciliares destes usuários.

Engajamento Público

Ação: Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Detalhamento: Essas orientações acontecerão no dia a dia durante o atendimento médico e com as atividades em grupos de idosos que serão oferecidos mensalmente pela equipe. Os profissionais orientarão a todos sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbi-mortalidade da pessoa idosa.

Detalhamento: A médica e a enfermeira oferecerão mensalmente palestras de diversos temas de interesse para a equipe onde será exposta também a forma adequada para a identificação e registro de fatores de risco para morbi-mortalidade da pessoa idosa.

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar quinzenalmente o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: Os ACS monitorarão quinzenalmente o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice através da busca ativa dos mesmos e nas visitas domiciliares.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Priorizar o atendimento aos idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento: Depois de detectado a fragilidade, os idosos serão atendidos de imediato pelo médico nas vagas reservadas da agenda para eventualidades.

Engajamento Público

Ação: Orientar aos idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Detalhamento: Durante a realização de atividades em grupos de idosos que serão oferecidos mensalmente os profissionais orientarão a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente, também no dia a dia durante os atendimentos será orientado aos idosos frágeis e seus familiares.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: Durante as capacitações que ocorrerão nas reuniões de equipe, a médica será responsável de transmitir aos profissionais formas de identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Monitoramento e Avaliação

Ações:

Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.

Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: A enfermeira e a médica farão revisão mensal da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS e monitorarão todos os idosos com rede social deficiente em conjunto com os ACS.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: Depois de identificado os idosos com rede social deficiente, o médico irá atendê-los de imediato nas vagas reservadas para eventualidades.

Engajamento Público

Ações:

Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento: Essas ações ocorrerão em todos os contatos dos profissionais da equipe com a comunidade contando com o apoio de igrejas e associação de idoso.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: Durante as reuniões de equipe ocorrerão às capacitações dos profissionais para avaliar a rede social dos idosos, a médica e a enfermeira serão os responsáveis por essas capacitações.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e Avaliação

Ações:

Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.

Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Detalhamento: A médica e a enfermeira serão os responsáveis pelo monitoramento das orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos, além de monitorar os obesos e desnutridos na revisão dos prontuários clínicos e na caderneta da pessoa idosa.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: As atribuições de cada profissional serão definidas durante as reuniões de equipe com a participação de todos.

Engajamento Público

Ação: Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: Durante as atividades em grupo que serão realizadas se ofereceram palestras ministradas pela médica e enfermeira orientando os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Qualificação da Prática Clínica

Ação:

Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população".

Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Os profissionais do NASF serão responsáveis pelas capacitações que ocorrerão nas reuniões de equipe semanalmente.

Meta 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Monitoramento e Avaliação

Ação:

Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.

Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Detalhamento: Os ACS e o técnico de enfermagem serão os responsáveis pelo monitoramento sobre as orientações durante as visitas domiciliares e contato com os idosos, também através de prontuários e fichas em espelhos.

Organização e Gestão do Serviço

Ação:

Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Detalhamento: A enfermeira é a responsável em encaminhar ofício para o gestor pedindo parcerias institucionais para facilitar a realização de atividade física, esse documento será entregue na primeira semana da intervenção, também a enfermeira, em reunião com a equipe definirá o papel de cada profissional na orientação de atividade física.

Engajamento Público

Ação: Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

Detalhamento: Todos os profissionais que estiverem em contato com os idosos terão capacidade de transmitir as orientações além de serem repassadas durante a realização dos grupos e palestras.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

Detalhamento: Os profissionais do NASF, em especial, o fisioterapeuta fará palestras para os profissionais da equipe sobre atividade física regular durante as reuniões de equipe.

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: A equipe de enfermagem e a técnica de saúde bucal monitorarão as atividades educativas individuais através da revisão dos registros de participação.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Estas orientações serão oferecidas durante as consultas médicas e de enfermagem, porém o tempo médio destas consultas será estabelecido.

Engajamento Público

Ação: Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: A técnica em saúde bucal orientará aos idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias em todas as ações de saúde planejadas pela equipe, além das atividades em grupos de idosos organizados, os outros integrantes da equipe farão estas orientações durante consultas e visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: A odontóloga da equipe realizara durante as reuniões semanais, capacitações aos profissionais da equipe em contato direto com os idosos para transmitir as orientações junto com a técnica de saúde bucal.

2.3.2 Indicadores

Meta relativa ao objetivo 1:

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

Meta relativa ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.3. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 2.4. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.5. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.7: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.9. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta relativa ao Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3.1 Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde.

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Meta relativa ao Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1. Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 4.2. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta relativa Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 5.3. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Metas relativas ao objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.2. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Saúde do Idoso, vamos adotar o Protocolo de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde, 2012 e na unidade existem 4 exemplares que estão disponíveis nas salas de consultas e na sala do responsável técnico da unidade e no caso que algum profissional precisar pode realizar a consulta. Utilizaremos as fichas dos idosos e ficha espelho disponibilizada pela UFPel, para poder coletar todos os dados necessários ao monitoramento da intervenção, para o que faremos contato com a Direção Municipal de Saúde do Município e solicitaremos sua disposição na quantidade necessária, uma semana antes de começar a intervenção. Esperamos alcançar com a intervenção o cadastramento, controle e tratamento de 60% dos idosos da população da área de abrangência da equipe, e para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coletas de dados.

Para organizar o registro específico do Programa de Atenção ao Idoso, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os idosos que vieram nosso serviço nos últimos 03 meses. Este profissional localizará os prontuários destes usuários, transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha-espelho. Ao mesmo tempo a enfermeira realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais e vacinas em atraso.

Para o monitoramento mensal da cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde serão utilizados o prontuário e a ficha-espelho de cada idoso. Assim também será avaliado o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados e realizados de acordo como protocolo, com a periodicidade recomendada, será monitorada quinzenalmente o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / HIPERDIA, e mensalmente os usuários acamados da área de abrangência, e a realização de visita domiciliar para esses usuários e durante nossas consultas serão agendadas consultas para odontóloga, monitorando o número de idosos acompanhados por este serviço. Todas estas ações serão feitas, pelo médico clínico geral e enfermeiro, e serão monitoradas com a periodicidade descrita no detalhamento, durante as reuniões com a equipe que serão feitas semanalmente, para o que vamos dispor de um horário na tarde da sexta-feira, no qual a equipe vai se encontrar para avaliar o trabalho da semana e planejar o da próxima, sendo a reunião na UBS Rubim Aronovitch.

Para cadastrar todos os idosos da área de cobertura da equipe e atualizar as informações do SIAB, que será feito pelas ACS da equipe nas visitas domiciliares e posteriormente as informações coletadas serão passadas para o banco de dados do SIAB e atualizadas nas fichas, precisaremos de folhas brancas para os modelos de cadastro e canetas, o que será garantido pelo gestor da UBS.

Os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos são balança, antropômetro, Tabela de Snellen que serão garantidos pelo gestor da unidade e do município, além de definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos, priorizando em nossos atendimentos os considerados frágeis na velhice e os que tenham maior risco de morbi-mortalidade.

O enfermeiro, técnico de enfermagem e médico clínico geral, serão os responsáveis do exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos e os ACS vão

garantir a busca de idosos que não realizaram exame clínico apropriado, sendo um trabalho contínuo.

A cada semana o médico e enfermagem organizarão a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares e garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Para garantir a solicitação dos exames complementares, durante as consultas e visitas domiciliares, será necessário garantir os modelos para requisição de exames que vai ser garantido pelo gestor da unidade e para a realização deles vai ser realizada uma reunião com o gestor municipal, secretário municipal de saúde, direção de unidade e equipe de saúde 090, para discussão das formas e necessidades de garantir agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

O médico e o enfermeiro farão mensalmente o controle de estoque de medicamentos, mantendo um registro das necessidades dos medicamentos dos hipertensos e ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

O gestor será quem vai garantir o material adequado para a aferição da medida da pressão arterial como esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica e de material para a realização de hemoglicoteste na unidade de saúde, sendo os profissionais responsáveis por seu uso e conservação.

O técnico de odontologia vai organizar o acolhimento aos idosos na unidade de saúde e organização da agenda, para oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde, tendo 3 vagas por cada dia de atendimento para este grupo populacional, sendo este atendimento realizado por este profissional e o odontólogo.

Durante as visitas os ACS irão buscar idosos faltosos às consultas e o enfermeiro e médico vão organizar a agenda para acolher os idosos provenientes destas buscas.

Serão as técnicas de enfermagem, a enfermeira e a doutora os que manterão as informações do SIAB atualizadas, após a captação dessas informações pelos ACS's nos domicílios e a equipe toda irá discutir sobre os dados nas reuniões de equipe.

Tendo presente que na unidade nenhum usuário idoso tem Caderneta de Saúde da Pessoa idosa, faremos uma solicitação através de ofício para o gestor

municipal para a solicitação delas na unidade, sendo responsáveis deste ofício o médico clínico geral, enfermeiro e diretor da UBS.

Para garantir a adesão dos idosos para o acompanhamento com a equipe devemos no primeiro momento compartilhar com a comunidade os resultados da equipe até o momento, as metas que tem propostas e manter um constante fluxo de comunicação entre equipe e comunidade, onde eles sejam engajados com seu próprio atendimento. Além disso, com palestras pretendemos informar sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde e informar à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde. Este trabalho será feito pelas ACS durante suas visitas às famílias, durante as consultas dos idosos pelo médico e enfermeira e, também será necessária disponibilização de locais para a realização de palestras perto da micro área.

Mostraremos à comunidade a importância das avaliações e do tratamento oportuno das limitações para um envelhecimento saudável e compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social. É necessário um local para estas palestras, que será garantido com as ACS em associações de bairros, pois a unidade situa-se distante da população.

A equipe toda a partir de encontros com usuários e a comunidade vai orientar quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes, HTA, Diabetes Mellitus, e suas complicações cérebro vasculares e renais e sobre a importância de examinar os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades, assim como a realização dos exames complementares e outros cuidados que devem ter os idosos que estejam no HIPERDIA ou não, sendo necessário um local para a realização das palestras, assim como notebook, cartazes e murais.

Durante as reuniões a médica e enfermeira deverão capacitar as técnicas de enfermagem sobre todos os procedimentos que a equipe vai fazer e o que vai precisar. A cada semana, 2 membros da equipe vão expor um tema para discussão e repassaremos as dúvidas dos outros membros, até o momento que todos tenham a correta compreensão. A enfermeira e o médico da equipe vão capacitar aos outros membros da equipe e da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização, sendo necessário um notebook e o local será na própria sala da equipe.

[illegible]

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Ao finalizar as 16 semanas de intenso trabalho na unidade, a equipe se reuniu e analisou os resultados e o cumprimento dos objetivos e metas propostos e temos uma grande satisfação por termos conseguido aumentar o número de idosos acompanhados pela equipe.

Todas as ações previstas foram desenvolvidas, umas com um grande nível de dificuldades, outras, com mais facilidades, mas com o trabalho da equipe toda conseguimos cumprir com todas.

Realizamos atividades em grupos de idosos em cada uma das 6 micro áreas, utilizando locais como associações de idosos, casas de famílias, e igreja, aproveitando estes espaços, para ações de saúde, e também ministrar palestras, sobre diversos temas de saúde do idoso, também o espaço da sala de espera da unidade foi aproveitado para estes tipos de atividades.

Ao iniciar nossa intervenção, a cobertura de idosos acompanhados era muito baixa e depois de fazer capacitações do pessoal da UBS, técnicos de enfermagem e ACS's sobre o Programa de Atenção ao Idoso, dos encontros com líderes da comunidade, pessoas idosas e seus familiares, aos poucos foi aumentando o número de idosos atendidos, até atingir a cifra de 53,9% do total de idosos de nossa área.



Figura 2: Capacitação da Equipe de Saúde da Família.

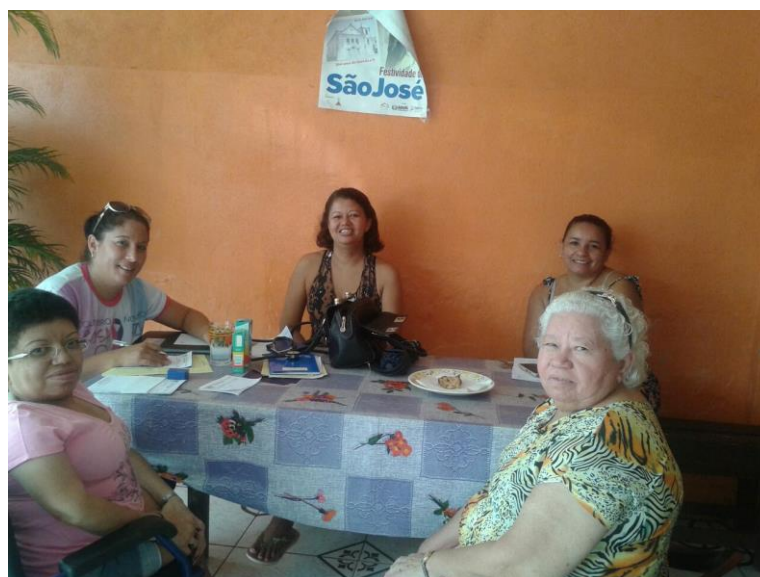


Figura 3: Encontro com líderes da comunidade.

Ao avaliar o cumprimento das ações para melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde, podemos dizer que desde o início, 100 % dos idosos que eram avaliados tinham Avaliação multidimensional Rápida utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde, também em 100 % das consultas realizou-se exame clínico apropriado incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade sendo a cada 3 meses para diabéticos.

Os exames complementares periódicos dos idosos hipertensos e/ou diabéticos foram solicitados, mas neste objetivo a princípio apresentamos

dificuldades, pois na UBS não temos laboratório e só poderiam ser realizados no Hospital geral e Clínicas privadas, mas depois de umas semanas da intervenção começaram a realizar em outra UBS e nesse momento melhorou a acessibilidade para maior número de usuários; 100 % dos usuários acompanhados tiveram a prescrição dos medicamentos da Farmácia Popular, fato muito interessante, já que muitos deles nem conheciam o programa e agradeceram por poder usar medicamentos sem custo melhorando assim a economia familiar.



Figura 4: Atendimento clínico dos idosos.

Foram cadastrados e acompanhados todos os idosos com dificuldades de locomoção, realizando visitas a eles e assim melhorando sua qualidade de vida e a de seus familiares. Oferecemos palestras nessas famílias sobre como deve ser o cuidado com os acamados e a importância do atendimento deles.

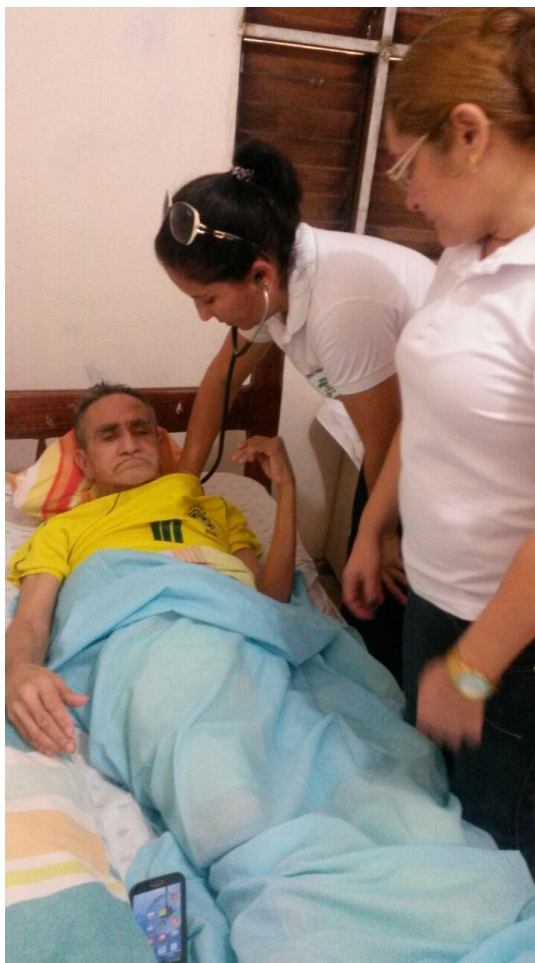


Figura 5: Acompanhamento de idoso acamado pela equipe.

Durante nossa intervenção em 100 % dos idosos acompanhados foi feito o rastreamento para HAS, assim como 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial foram rastreados para Diabetes Mellitus (DM).

Nas primeiras semanas da intervenção a equipe apresentou problemas com o atendimento odontológico, por dificuldades com a cadeira, mas logo estas dificuldades foram melhoradas e 100 % dos usuários foram avaliados para a necessidade de atendimento odontológico e feita sua primeira consulta odontológica, com uma agenda organizada junto a odontóloga da equipe, que se mostrou muito ativa nesta atividade.

Também nas quatro primeiras semanas a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso não foi a esperada, realizamos então a busca ativa dos faltosos às consultas e também orientamos para a comunidade a importância da realização de consultas. Para o segundo mês da intervenção esta dificuldade não atingiu a equipe, tendo 100 % de idosos acompanhados com uma boa adesão ao Programa.

Todas as informações foram preenchidas corretamente, nas fichas espelhos, que também no início foi difícil o fornecimento das mesmas, mas a diretora conseguiu fornecer o total das fichas necessárias para a terceira semana de trabalho. Foi implantada a planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

A mais difícil das metas para atingir foi a distribuição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados, sendo que esta meta não foi cumprida, por não ter sido fornecida 100 % das cadernetas e ficando pendente para os próximos atendimentos a entrega delas, pois só atingimos 108 idosos 62.4 % que receberam a caderneta no quarto mês da intervenção.

Todas as pessoas idosas acompanhadas pela equipe foram rastreadas para risco de morbi-mortalidade, assim como investigamos a presença de fragilização na velhice e seu atendimento foi priorizado e orientado com maior frequência

Durante este período de trabalho foram avaliadas as redes sociais de 100% dos idosos acompanhados.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Durante a intervenção todas as ações planejadas foram desenvolvidas, apresentamos dificuldades com o fornecimento das fichas espelhos e cadernetas de saúde da pessoa idosa, mas uma vez que interagimos com os gestores municipais, estas dificuldades foram superadas, uma das causas que ocasionou atrasos em nosso trabalho, sobre todo nas visitas, foram às chuvas, pois a intervenção transcorreu durante os meses de primavera do estado.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

No início da intervenção apresentamos algumas dificuldades com a coleta e sistematização dos dados já pela complexidade do preenchimento da ficha espelho (anexo C) e planilha de coleta de dados (anexo B), sobre tudo na seção que gera os indicadores, mas com a ajuda das orientadoras do curso e o treinamento realizado na unidade foi resolvido o problema. Toda semana a atividade era realizada por mim e pela enfermeira da equipe, obtendo a análise dos indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Com a intervenção a equipe conseguiu fazer mudanças na saúde da população, pois hoje eles confiam na equipe, e por isso, temos um grande compromisso, que é manter esta ação como rotina do serviço e a cada dia acompanhar maior número de famílias e oferecer melhor atendimento. Pretendemos tornar esta ação parte da rotina das outras equipes da UBS e será a equipe com os resultados quem incentivará o trabalho deles para atingir um objetivo comum, que é melhorar a saúde do povo brasileiro e não de uma área determinada.

Também manteremos o trabalho com a outra parte da população, crianças, hipertensos, diabéticos, gestantes, enfim outros usuários que também são importantes para nós e faremos seu acompanhamento com a mesma dedicação dos idosos, procuraremos os protocolos deles e atuaremos segundo eles propõem.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Ao finalizar a intervenção durante estas 16 semanas, a equipe 090 da UBS Rubim Aronovitch avaliou como bons os resultados obtidos, pois a equipe tinha o acompanhamento de uma porcentagem muito pequena de usuários idosos, com apenas 33 idosos, 10.47% do total da área de abrangência. Com o trabalho realizado, aumentamos este valor para 173 que representa 53,9% do total de idosos da área, melhorando assim a atenção médica e a qualidade de vida deste grupo populacional.

Metas relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%, que estaria representada por 192 usuários.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Neste indicador, a equipe teve um propósito de atingir 60 % dos idosos e no prazo das 16 semanas não conseguimos atingir o percentual proposto chegando próximo à ele. No primeiro mês foram acompanhados 51 idosos, 15,9%, no segundo mês atingimos 85 usuários idosos representando 26,5%, no terceiro mês conseguimos aumentar o número a 113 usuários sendo 35,2% e já no quarto mês acompanhamos 173 usuários que representam 53,9%, dados que estão representados no gráfico da Figura 6.

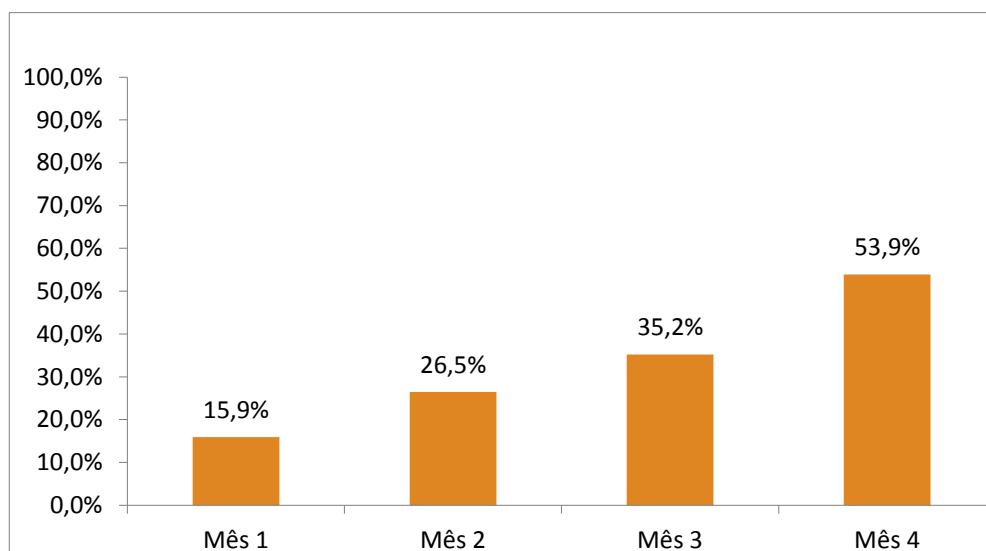


Figura 6 – Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde, Macapá, AP, 2015.

A causa de não ter atingido a meta proposta são muitos fatores como a falta de transporte público para as proximidades de nossa UBS, a população de nossa área é de renda econômica média alta e por isso, uma grande parte de nossos idosos tem planos de saúde, outros vão até as UBS Rosa Moita e São Pedro que ficam mais próximo de sua residência do que a nossa unidade e também nas urgências eles vão para o Pronto Socorro que fica muito perto da área, o que dificultou a vinda de alguns idosos na unidade. Apesar de todas as dificuldades, a equipe avalia como uma grande melhoria em um curto espaço de tempo e todos os resultados obtidos foram pela preparação oferecida à equipe e outros trabalhadores da UBS, os encontros com

representantes da comunidade, além das palestras oferecidas na comunidade e com os familiares dos idosos. Estabelecemos estratégias para facilitar o acesso às consultas, pois trabalhamos nas igrejas, na associação de idosos e casas de famílias que gentilmente nos cederam o espaço. Para a equipe o mais importante foi poder melhorar a saúde de uma população e precisa de nossos cuidados e de nosso amor.

Meta relativa ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Sendo utilizada a proposta de avaliação do Ministério da Saúde durante o primeiro mês da intervenção, 51 idosos receberam Avaliação Multidimensional Rápida, que representa 100 % dos idosos acompanhados no período, no segundo mês foram 85 os acompanhados e também todos receberam Avaliação Multidimensional Rápida, sendo 100 % deles, no terceiro mês dos 113 idosos acompanhados 113 foram avaliados e no quarto mês atingimos também 100 % de Avaliação Multidimensional Rápida, pois foram avaliados os 173 idosos acompanhados no período.

Este trabalho foi realizado com a qualidade requerida pelo empenho das técnicas, dos ACSs que em toda avaliação dos idosos ofereceram dados de interesse que agilizou esta avaliação e todos eles foram treinados antes do começo da intervenção sobre esta Avaliação Multidimensional Rápida.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Durante a intervenção foram atendidos nos quatro meses, 51, 85, 113 e 173 idosos, com realização de exame clínico apropriado que incluiu exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos, representando 100% em cada mês.

Para manter este indicador em 100 % nas 16 semanas, foi monitorada a realização do exame clínico apropriado pelo médico e enfermeira da equipe, foi organizada a nossa agenda para acolher aos idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares pelos ACSs, que tiveram um papel fundamental neste trabalho. Já durante as palestras, os usuários e a comunidade foram orientados quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.3. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Neste indicador sempre tivemos especial cuidado, sendo solicitados exames complementares a 51 idosos no primeiro mês, 85 no segundo mês, 113 no terceiro mês e 173 idosos no quarto mês, mantendo 100 % dos idosos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados com solicitação de exames complementares em dia.

A equipe monitorou o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo e durante as consultas médicas solicitadas. No início apresentamos dificuldades já que a UBS não tem laboratório e só no Hospital Geral estavam fazendo exames, mas depois foram disponibilizados laboratórios em outras unidades de saúde, o que proporcionou a cobertura e maior facilidade na realização destes exames.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 2.4. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Neste indicador cumprimos 100 % em todos os meses de trabalho, pois durante o primeiro mês 51 usuários receberam prescrições de medicamentos da farmácia popular, seguidos de 85, 113, e 173 idosos que foram orientados a buscar medicamentos nas farmácias populares nos demais meses da intervenção.

Durante a intervenção uma vez por mês a equipe monitorava o estoque de medicamentos, mantendo um registro das necessidades dos hipertensos e ou

diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Através das palestras na comunidade e com os participantes foi comunicado quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia, fato que quase nenhum conhecia e ficaram muito gratos com a informação, ocasionando uma boa adesão.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.5. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Meta 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Nestes quatro meses de intervenção a equipe conseguiu cadastrar 100 % de idosos acamados existentes na área e também fazer acompanhamento de todos com as visitas domiciliares segundo o protocolo, no primeiro mês cadastramos e acompanhamos 10 idosos, que naquele momento representou 100 %, no segundo mês foram 11 cadastrados e acompanhados, também mantendo 100 %, no terceiro mês cadastramos 12 igualmente acompanhados e no quarto mês foram 14 cadastrados e acompanhados sendo nestes dois últimos meses também 100 %.

Tendo presente a importância que tem o acompanhamento dos idosos acamados ou com problemas na locomoção a equipe foi muito sigilosa. Para o alcance destas metas os ACS's cadastraram 100 % dos idosos acamados e com problemas de locomoção da área, além de dar à comunidade esclarecimentos sobre o acompanhamento deles. Uma vez que conhecíamos o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção a equipe planejou, organizou e realizou visita domiciliar para esses idosos e orientamos a família e à comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e sobre a disponibilidade de visita domiciliar para eles. Desta forma mantivemos o acompanhamento destes usuários que não têm condições de vir à unidade de saúde.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.7: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

Esta meta foi atingida em 100 % durante os quatro meses da intervenção, sendo que em cada consulta foi aferida a pressão arterial de forma criteriosa de 51 idosos no primeiro mês, de 85 idosos no segundo mês, de 113 idosos no terceiro mês e de 173 idosos no quarto mês.

Para o cumprimento desta meta foi monitorado o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS e tivemos apoio da gestão ao garantir o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e os ACSs informaram a comunidade sobre a importância da realização desta medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS. Em toda consulta a enfermeira realizava a aferição da pressão arterial de forma criteriosa, que incluía uso adequado do manguito.

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Como os outros indicadores este também comportou se em 100 % nos quatro meses da intervenção, já que foram 19, 20, 46, e 102 os idosos hipertensos ou com PA sustentada maior que 135/80 mmHg, e que a sua vez foram rastreados para Diabetes Mellitus, no primeiro, segundo, terceiro, e quarto mês da intervenção respectivamente.

No alcance da meta primeiramente trabalhamos com a população sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80, ou para aqueles com o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM e após realizamos as consultas e ações de saúde com a realização de hemoglicoteste.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.9. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Esta meta foi cumprida durante os 4 meses da intervenção, já que mensalmente 51, 85, 113, e 173 idosos foram avaliados para as necessidades de atendimento odontológico, representando 100 % dos usuários acompanhados em cada mês.

No cumprimento desta meta os ACSs tiveram um trabalho significativo, pois realizaram palestras sobre a importância da avaliação da saúde bucal de idosos. Também a auxiliar de saúde bucal realizou a avaliação da necessidade de tratamento odontológico, agendando consultas e oferecendo atendimento prioritário para os idosos na UBS.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

Nesta meta a equipe não cumpriu no primeiro mês, pois a cadeira da Unidade Básica de Saúde ficou quebrada, comprometendo o atendimento, conseguindo atingir somente 14 idosos, que representa 27,5%, dos 51 acompanhados durante o mês, mas nos outros meses foi alcançada a meta de 100 %, oferecendo consulta odontológica a 85, 113, e 173 usuários idosos. No segundo, terceiro e quarto meses, temos a representação de 100 % dos usuários que foram acompanhados pela equipe no período avaliado, esta meta foi atingida com grandes esforços pela equipe em especial da odontóloga.

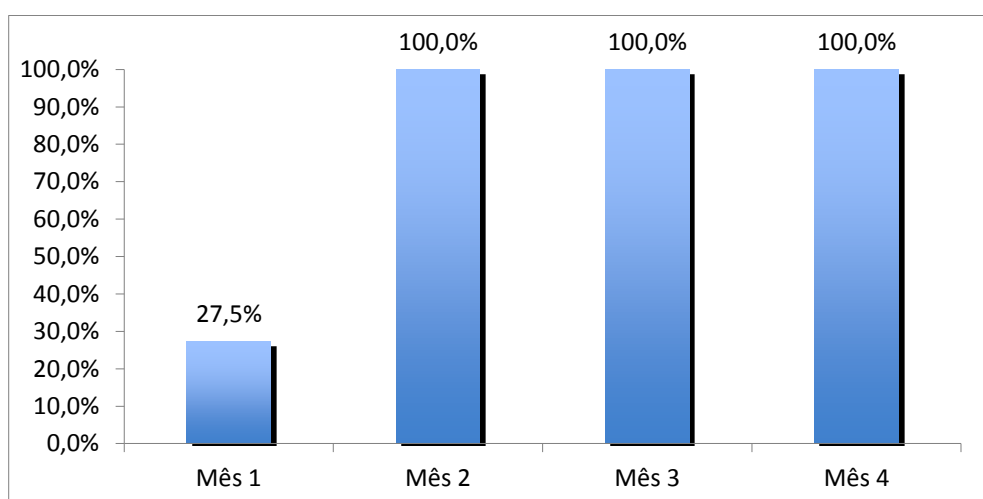


Figura 7– Gráfico indicativo de proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática, Macapá, AP, 2015.

Para o alcance da meta foi necessário informar à população sobre o atendimento prioritário aos idosos, as facilidades oferecidas na UBS e sobre sua importância para a saúde integral. Foi organizada a agenda e o acolhimento aos idosos pela auxiliar de saúde bucal, garantindo atendimento odontológico na primeira consulta.

Meta relativa ao Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3.1 Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Podemos dizer que conseguimos adesão dos idosos ao programa porque apenas no primeiro mês tivemos 2 faltosos às consultas que receberam busca ativa pela equipe, cumprindo a meta em 100 %. Nos outros três meses não houveram faltas às consultas, portanto não foi preciso a busca ativa, garantindo a adesão dos idosos e acompanhamento da equipe.

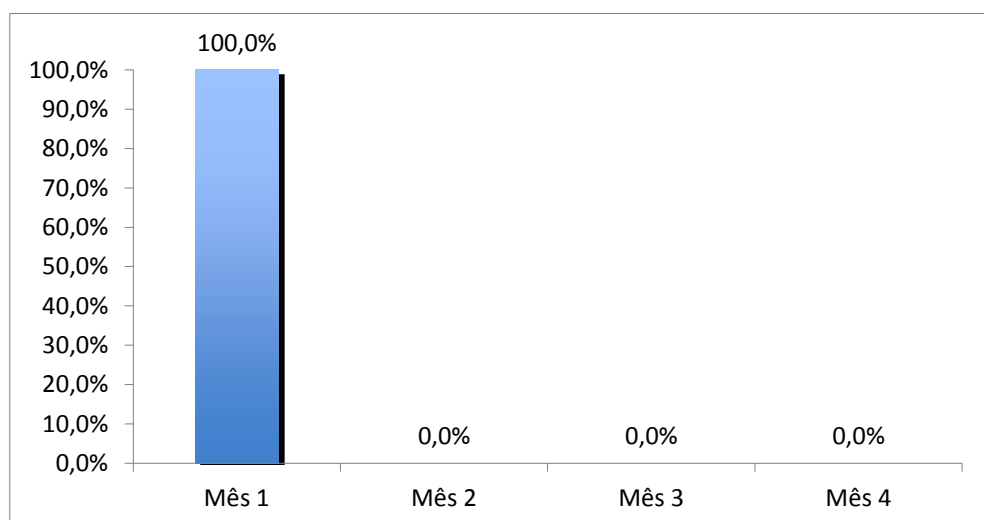


Figura 8 – Gráfico indicativo de proporção de idosos faltosos a consulta que receberam busca ativa, Macapá, AP, 2015.

Através das atividades na comunidade informamos sobre a importância da realização das consultas, ouvimos os membros da comunidade e através desta conversa, traçamos a estratégia de fazer consultas nas igrejas, casas de família e uma associação de idosos que ficam na comunidade, para garantir os atendimentos e assim evitarmos a evasão de idosos.

Meta relativa ao Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1. Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

O registro na ficha de acompanhamento/espelho sempre ficou em dia, pois durante os meses da intervenção foram preenchidas 51, 85, 113 e 173 fichas de acompanhamento/espelho, respectivamente, tendo realizado o correto preenchimento de todas as fichas e o cumprimento da meta em 100 %.

Diariamente ao terminar o atendimento realizávamos um controle sobre os registros, para deixá-los preenchidos e semanalmente eram avaliados. Este preenchimento foi feito pelas técnicas de enfermagem. Nas primeiras semanas não foram fornecidas as fichas espelhos, a equipe tomou a alternativa de preencher em um caderno, e após o fornecimento da totalidade de fichas espelhos necessárias para a intervenção as informações foram feitas nestas, o que facilitou a organização do serviço.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 4.2. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Esta meta foi uma das mais comprometidas durante a intervenção, pois nas primeiras 12 semanas da intervenção não tivemos nenhuma caderneta disponível, comportando-se o indicador em 0 %, já no último mês da intervenção foram entregues algumas Cadernetas de Saúde da Pessoa idosa, só atingindo a 108 idosos, que representam 62.4 %.

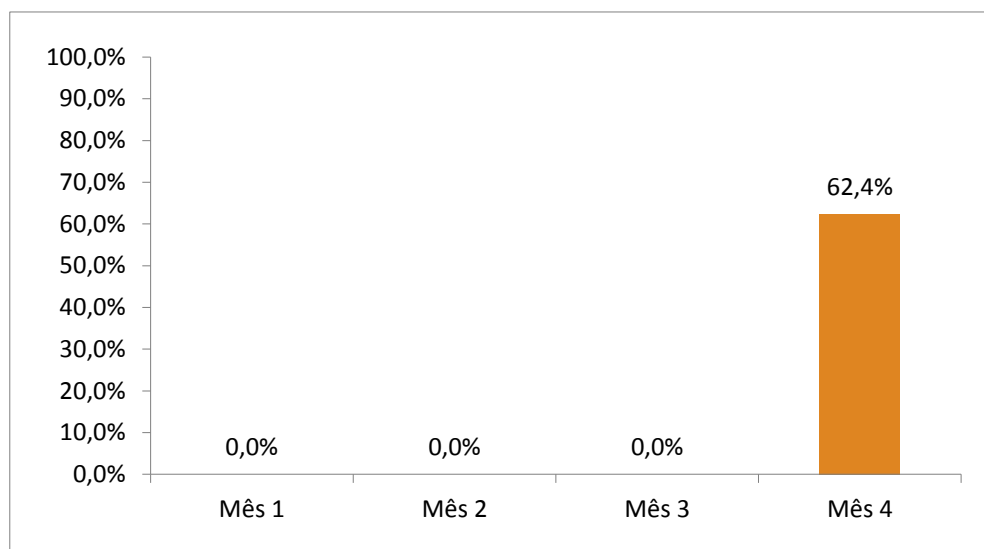


Figura 9 – Gráfico indicativo de proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, Macapá, AP, 2015.

A equipe solicitou ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, mas no momento de iniciar a intervenção não existia disponível no município, sendo fornecida apenas no quarto mês. Apesar da maior parte dos idosos não ter a Caderneta, mas haver a previsão de entrega, informamos a eles e seu familiares sobre a importância de portá-la sempre que o idoso vai à consulta ou sair de casa, pois nela tem suas informações de saúde.

Meta relativa Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbi-mortalidade.

Indicador 5.1: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbi-mortalidade em dia.

Todos os idosos acompanhados receberam uma avaliação de risco para morbi-mortalidade, cada mês foram avaliados a totalidade dos idosos acompanhados, comportando-se o indicador em 100 % durante os 4 meses.

Durante as consultas, as atividades coletivas e visitas domiciliares foram monitoradas o número de idosos de maior risco de morbi-mortalidade identificados na área de abrangência e priorizamos o atendimento deles, orientamos aos idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Também esta meta foi atingida em 100 % durante os quatro meses de intervenção, pois toda vez que um idoso era acompanhado em consulta ou visita, eram investigados para a presença de indicadores de fragilização na velhice, no primeiro mês avaliamos 51 usuários, no segundo mês foram avaliados 85 usuários idosos, no terceiro mês foram 113 os idosos avaliados e no quarto mês completamos os 173 usuários acompanhados e avaliados.

Para o cumprimento desta meta os ACS s orientaram à comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente. Durante o acompanhamento foram identificados os idosos frágeis e seu acompanhamento foi priorizado pela equipe.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 5.3. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Durante a intervenção a equipe realizou avaliação de rede social de todos os idosos acompanhados, porém no primeiro mês avaliamos 51 idosos, no segundo mês 85 usuários maiores de 60 anos, no terceiro mês 113, e no quarto mês 173 usuários, comportando se este indicador em 100% nos quatro meses de intervenção.

Metas relativas ao objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Meta 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.2. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Durante a intervenção, receberam orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, sobre prática regular de exercício físico e sobre higiene bucal, os 51 idosos

acompanhados no primeiro mês, os 85 acompanhados no segundo mês, os 113 que receberam acompanhamento no terceiro mês e os 173 do quarto mês, mantendo estas metas cumpridas com 100 % nas 16 semanas da intervenção.

Para o alcance destas metas as técnicas de enfermagem e os ACS propiciaram informações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis e a importância da prática de exercício físico nos idosos e incentivaram a realização de atividade física regular. A médica e a enfermeira monitoraram o número de idosos com obesidade ou desnutrição, os encaminharam para a nutricionista e a cada consulta ou visita, foi realizada a orientação sobre uma boa nutrição tanto aos idosos como aos cuidadores.

Nas orientações sobre higiene bucal, a auxiliar de saúde bucal e a odontóloga tiveram uma importante função, pois ofereceram informação muito valiosa à médica e enfermeira, que durante as consultas, visitas domiciliares e atividades coletivas com os idosos e seus familiares ofereceram informações sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias e também durante as consultas de odontologia foram realizadas atividades educativas individuais.

4.2 Discussão

Com a intervenção conseguimos aumentar o número de pessoas maiores de 60 anos acompanhadas pela equipe e antes da intervenção os atendimentos da UBS não eram seguindo o protocolo do Ministério de Saúde, o que não caracterizava uma atenção de qualidade, pois faltava o exame clínico, a Avaliação Multidimensional Rápida, das redes sociais e de morbi-mortalidade, os usuários não contavam com laboratório para os exames laboratoriais e todos estes aspectos em geral afetavam a adesão dos usuários. Achamos que a intervenção tem sido de grande ajuda, pois estas deficiências foram superadas e também os profissionais foram beneficiados, pois todos foram capacitados, o que propiciou maior conhecimento do programa do idoso, melhorando a qualidade do atendimento.

A equipe melhorou a adesão dos usuários e a qualidade do atendimento, cada um dos integrantes conhece suas atribuições e cumpre com elas, o trabalho está ainda mais organizado, com os idosos cadastrados, e o atendimento segundo dispõe o protocolo do MS. Foram implantadas as fichas espelhos que permitiu um controle das ações realizadas e dos atendimentos de este grupo populacional, para que a equipe tenha os dados da atenção prestada sempre que necessitar.

No início da intervenção existiram algumas dificuldades, como o desconhecimento do trabalho, a falta de recursos, o serviço odontológico apresentava dificuldades, mas quando apresentamos o projeto para a comunidade, aos líderes e à direção da UBS, todos ficaram motivados e começamos a realizar o trabalho e tudo foi saindo segundo o planejado. Todos os envolvidos na intervenção uniram forças para conquistar o objetivo final que é elevar e melhorar atenção a nossa população alvo.

Com o trabalho desenvolvido a cada semana as melhorias foram aparecendo, como o aumento do número de idosos cadastrados e acompanhados, a qualidade do atendimento aumentou, tendo exames clínicos integrais, mais orientações durante o atendimento, realização da primeira consulta odontológica, modificação do o acolhimento aos idosos que procuraram a unidade e a adesão dos mesmos foi ótima desde o segundo mês da intervenção. Aumentaram ainda as participações nas atividades coletivas dos idosos e os familiares, melhorou o acompanhamento dos idosos acamados e com dificuldades de locomoção e agora temos um número maior de idosos acompanhados e todos estão satisfeitos com os atendimentos.

Os mais beneficiados foram os nossos idosos que hoje tem um acompanhamento de ótima qualidade, com a realização do exame clínico adequado, das avaliações, da solicitação de exames complementares e as facilidades para fazer eles, estão muito motivados porque eles além de receber acompanhamento, também participam de seu atendimento, tem a possibilidade de fazer parte dos cuidados de sua saúde, pois tem conhecimentos que foram oferecidos nas palestras. Eles podem propor ideias que tenham e que podem ajudar no trabalho e a família também foi beneficiada, pois hoje eles têm mais ferramentas para cuidar de seus familiares e sabem que tem uma equipe que está perto deles com o mesmo interesse, “o bem estar do idoso”.

Se eu fosse começar a intervenção neste momento, já não teria os mesmos erros, desde o início teria arrumado um laboratório para facilitar a realização dos exames complementares e a odontologia teria começado o atendimento como foi desde o segundo mês até o final da intervenção.

Também teria feito mais exigências para que as fichas espelhos e as cadernetas de saúde do idoso foram fornecidas desde o início, para facilitar os acompanhamentos e uma coisa não poderia faltar, o envolvimento das outras três equipes a UBS, para que a melhoria do atendimento fosse ainda mais impactante.

Com a intervenção a equipe conseguiu fazer mudanças na saúde da população, pois hoje eles confiam na equipe, e por isso temos um grande compromisso, que é manter esta ação como rotina do serviço e cada dia acompanhar maior número de famílias e oferecer melhor atendimento, garantindo que não tenham fraqueza nos atendimentos odontológicos, na realização de exames laboratoriais, nem outra debilidade que possa aparecer.

Além desta ação se tornar parte da rotina da equipe, também vai se tornar rotina e outras equipes da UBS e será a equipe com os resultados quem incentivará o trabalho deles.

Deste momento para frente continuaremos com os atendimentos e as visitas domiciliares dos usuários já acompanhados, seguindo o protocolo do Ministério de Saúde, o cadastro realizado de forma contínua dos usuários idosos e os acamados ou com problemas de locomoção, para fazer o acompanhamento deles.

Também manteremos o trabalho com a outra parte da população, crianças, hipertensos, diabéticos, gestantes, enfim, outros usuários que também são importantes para nós e faremos seu acompanhamento com a mesma dedicação dos idosos, procuraremos os protocolos deles e atuaremos segundo eles propõem.

5. Relatório da intervenção para gestores

A UBS Rubim Aronovitch é uma Unidade urbana mista que fica junto à Orla da Cidade, no Município Macapá, AP, com uma população total de 12.985 e com atuação de quatro equipes de Saúde da Família (ESF). Eu sou a Dra Yaneisy Echemendia Cala, médica cubana que cheguei a Macapá em março de 2014, como parte do Programa Mais Médicos para o Brasil e comecei a trabalhar na equipe 090, desta UBS em julho do mesmo ano. Esta equipe foi uma que nasceu de outra, que tinha muita população e ao ter disponibilidade de recursos humanos no município, foi compartilhada, foi feito o desmembramento. Nossa equipe é composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma odontóloga, uma auxiliar de saúde bucal, e seis ACSs. Estou fazendo a especialidade em saúde da Família composta por quatro eixos, que têm sido desenvolvidos ao longo do curso. Durante os estudos, no período fevereiro a maio de 2015 realizamos uma intervenção com o principal objetivo de melhorar o atendimento do Idoso na área de nossa equipe.

Temos uma população de 3.150 habitantes, com 900 famílias. A estimativa de público alvo para a ação programática de atenção ao idoso era de 315 pessoas maiores de 60 anos, pois é representado 10 % da população, e 8% do total com problemas de locomoção ou acamados, que estaria representado por 25 idosos.

A principal causa de nossa motivação na escolha por este foco foi que após a Análise Situacional, pudemos perceber a deficiência na qualidade dos atendimentos aos idosos, sem utilização de nenhum protocolo, abrangia uma pequena quantidade da população representada por 10,2 % da população idosa, ficando um grande número de idosos sem acompanhamento. Não existia uma multidisciplinaridade e integração adequada com outras especialidades como nutrição, fisioterapeuta, psicólogo, como preconiza o programa de atenção ao idoso.

Realizamos um projeto de intervenção que estabeleceu objetivos, metas e ações e conseguimos cumprir com as ações planejadas, desenvolvendo-as no período de 16 semanas, seguindo o cronograma estabelecido no projeto de intervenção.

Para a execução das ações foi necessário nos organizar e trabalhar muito, no recadastramento dos idosos da área adstrita, trabalhamos na implementação de medidas que priorizaram a educação em saúde, tais como palestras educativas com idosos e seus familiares, rodas de conversa, atividades coletivas com temas propostos por

eles, com aproveitamento de todo espaço como as salas de espera, nas associações de idosos, nas igrejas e até alguma casa de família que foi oferecida para as atividades. Promovemos encontros de capacitação, enfatizamos nas visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde e das técnicas de enfermagem informações importantes sobre a assistência, identificação de sinais de riscos, principalmente aos idosos mais vulneráveis, acamados e com problemas de locomoção.

A capacitação foi realizada em nossa ESF, segundo o cronograma com participação dos profissionais da saúde durante as atividades e também participaram destas capacitações o pessoal que trabalha nos atendimentos da UBS, na enfermaria e sala de vacina.

No começo tivemos algumas dificuldades para imprimir as fichas espelhos, situação que foi revertida, pela direção da UBS e secretaria Municipal de Saúde. Sempre contamos com o apoio da gestora da UBS, que também realizou as parcerias necessárias para facilitar a realização dos exames complementares orientados em consulta aos idosos, permitindo que 100 % dos idosos cadastrados tivessem seus exames laboratoriais em dia.

Desde o início da intervenção buscamos o trabalho comunitário com líderes formais e informais, igrejas, comunidades em geral, onde apresentamos o projeto da intervenção, seus objetivos e metas a realizar e hoje podemos dizer que estamos muito felizes com o trabalho na comunidade, pois sempre contamos com seu apoio em todo o processo de intervenção, participando no trabalho preventivo para melhorar a qualidade de vida dos idosos e apoiando nas visitas domiciliares. Este fato permitiu que aumentasse o número de idosos acompanhados pela equipe, para 173 idosos, que representam 53.9 % do total de idosos da área, e desses 100% receberam ações de promoção e prevenção de saúde, orientações sobre riscos de morbi-mortalidade e velhice, alimentação saudável, atividade física para sua idade e doenças crônicas, assim como cuidados em saúde bucal.

Com a intervenção os idosos tem sentido mudanças em seus atendimentos, com a realização de um exame clínico apropriado a 100 % dos idosos acompanhados, solicitação de exames complementares, foram cadastrados 14 idosos acamados ou com problemas na locomoção e todos eles foram acompanhados pela equipe recebendo visitas domiciliares, onde além do exame clínico também são orientados à família a como cuidar deles e por todas essas ações desenvolvidas, a satisfação da

população foi crescendo. Ainda faltam ações para realizar, como as cadernetas de saúde da pessoa idosa, que só foram entregues para 108 idosos que representam 62.4%, mas estamos aguardando para que secretaria municipal de saúde providencie as que faltam para cumprir esta meta que não foi atingida.

Com a intervenção também garantimos uma melhora no registro, com 100% dos idosos com os registros em dia. A equipe e demais profissionais iniciaram a utilização na rotina da assistência do protocolo de atenção ao idoso do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Houve ainda o fortalecimento e unidade da equipe no trabalho de articulação com a comunidade, houve a integração, motivação das equipes em todos os serviços, tanto no atendimento aos usuários como na qualificação dos profissionais de saúde, das organizações sociais e religiosas, assim como do gestor.

Ao concluir esta intervenção, podemos dizer que o programa de atenção ao idoso já é uma rotina em nosso serviço e as dificuldades encontradas previamente têm diminuído. Manteremos esta incorporação, ampliando e incentivando o trabalho nas outras equipes, priorizando sempre a assistência ao idoso por ser uns dos grupos mais vulneráveis da população.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

A UBS Dr. Rubim Aronovitch abriga nossa equipe de saúde da família, a 090, que tem sua área de abrangência no centro da cidade, com uma população de 3.150 habitantes, de renda econômica média baixa, composta em sua maioria por idosos, um dos fatores que nos motivou a realizar uma intervenção na ação programática do atendimento ao idoso, com o objetivo de fazer mudanças na saúde deste grupo populacional. Este trabalho faz parte da especialização em saúde da Família, um curso à distância realizado pela Universidade Federal de Pelotas, em parceria com UNASUS.

Primeiramente realizamos um estudo sobre a estrutura da Unidade e trabalho desenvolvido que nos permitiu conhecer as debilidades e o que tínhamos que fortalecer, escolhendo uma ação para o desenvolvimento da intervenção e vale destacar que mesmo com o trabalho desta ação programática, a equipe continuou oferecendo atendimento a todos os grupos. A ação programática escolhida, como já falei, foi o atendimento ao idoso, já que na UBS não havia protocolo para este atendimento, sendo realizados sem a qualidade necessária, sem cumprir as recomendações que o Ministério de Saúde estabelece, então, com a intervenção pretendíamos melhorar o atendimento dos usuários maiores de 60 anos de nossa área de abrangência. Realizamos um projeto com ações a desenvolver organizadas em um cronograma, que foram cumpridas e avaliadas a cada semana durante a intervenção.

Apresentamos algumas dificuldades como a grande distância entre a UBS e nossa área e alguns trabalhadores da UBS que não compreendiam o porquê do trabalho e sua importância. Nas primeiras semanas tivemos ainda dificuldades com a cadeira odontológica e não tínhamos um laboratório para a realização de exames, mas com o intenso trabalho conseguimos fazer que todos compreendessem a magnitude da intervenção e alguns laboratórios começaram a fazer exames, sendo que neste momento nossa UBS já tem um laboratório oferecendo serviço à população e a cadeira odontológica foi consertada, auxiliando no objetivo final do aumento da população acompanhada pela equipe.

Desde o início contamos com o apoio comunitário após a apresentação do projeto de intervenção com seus objetivos e metas para os líderes formais e informais, em igrejas, associações de idosos e comunidades em geral. Com o início da intervenção os idosos perceberam as mudanças do atendimento, na prioridade

quando tinham intercorrências agudas e nas visitas domiciliares dos acamados, sempre com o atendimento integral. Foram realizadas palestras em igrejas, em associações de idosos e casas motivando a participação comunitária.

Com a intervenção atingimos a melhoria do cadastramento, do acolhimento, dos registros, pois dos 33 (10,47%) idosos que eram acompanhados antes da realização da intervenção, obtivemos 173 (53,9 %) idosos acompanhados, todos estes com exame clínico adequado, exames laboratoriais solicitados e realizada a Avaliação Multifuncional Rápida (Instrumento de avaliação rápida que é utilizado para identificar problemas de saúde condicionantes de declínio funcional em pessoa idosa) , assim como a avaliação das redes sociais e avaliação sobre fragilidade(estado de maior vulnerabilidade da pessoa idosa), realização das consultas odontológicas, sendo um atendimento multiprofissional e integrado com outras especialidades como nutrição, fisioterapeuta, psicólogo e com os registros em dia oferecendo desta forma um atendimento qualificado. Com as fichas espelhos garantimos um maior controle dos dados, definindo os registros como um instrumento de retroalimentação, onde se puderam obter dados importantes do idoso, como patologias, medicamentos, exames laboratoriais, complementando o prontuário médico. A intervenção permitiu a equipe e demais profissionais conhecer e aplicar na rotina do trabalho diário o protocolo de atenção ao idoso de acordo com o Ministério de Saúde.

Hoje, esta intervenção faz parte de nossa rotina de trabalho e as outras equipes da UBS estão motivadas com a nossa experiência e para realizar a intervenção em suas equipes para assim como nós realizarmos a organização dos processos de trabalho e melhorar a atenção prestada.

Com a conclusão da intervenção temos garantido a qualidade e melhoria da atenção a este grupo populacional, com uma considerável diminuição das dificuldades encontradas no início. Temos tomado uma decisão de manter esta ação na equipe e vamos incorporar outras ações programáticas em nosso dia a dia, além de ampliar o trabalho com o apoio da comunidade e seus líderes, dos gestores e profissionais de saúde.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ao chegar ao final do curso de especialização é interessante fazer uma reflexão sobre o processo de aprendizagem. Durante a realização da especialização, uma das principais barreiras foi e tem sido a língua portuguesa, pois mesmo me esforçando para aprender e melhorar, às vezes se torna difícil ter um correto uso dela.

Desde o início da especialização, tive uma grande motivação pelo curso, imaginava que iria me auxiliar a melhorar o português porque as atividades realizadas deviam ser nesta língua, além de possibilitar aprofundar temas da medicina familiar que poderia colocar em prática para o meu desenvolvimento profissional. Para mim foi muito importante o incondicional apoio da minha orientadora, que com seu grande conhecimento e experiência sobre medicina familiar, soube como me ajudar com cada dificuldade apresentada.

A modalidade à distância foi uma experiência nova para mim e achei muito proveitosa, pois possibilitou o aprendizado sem me afastar dos atendimentos e sem necessidade de deslocamento até um mesmo lugar para podermos realizar estudos onde interagimos desde diferentes os pontos do país, orientadores e especializandos, transmitindo cada um suas vivências, através do Diálogo Orientador Especializando e dos fóruns. Todas as tarefas desenvolvidas, os estudos de prática clínica, Testes de qualificação Cognitiva, a participação nos fóruns foram armas importantes na realização da especialização, cada uma com sua importância. Através dos fóruns podíamos tirar dúvidas e interagir com os demais especializandos a cada semana e os estudos da prática clínica que sempre traziam um tema valioso e com especificidades, atualizado e profundo, possibilitaram a melhoria da formação de cada profissional. Destaco ainda a possibilidade de aprofundar o conhecimento sobre os protocolos do Brasil, que apesar de apresentar algumas semelhanças, são diferentes aos nossos em Cuba.

Não poderíamos falar dos resultados do curso sem incluir na fala a importância da equipe, que permitiu diante do desempenho diário estreitar os laços facilitando o trabalho, realizar a intervenção com muito amor e compromisso e a participação de todos nas ações e na aprendizagem, possibilitando ter hoje uma equipe ainda mais treinada e com mais conhecimentos. O primeiro trabalho desenvolvido foi um estudo de nossa UBS, com sua estrutura e função, conhecimento da nossa população, permitindo distinguir os pontos fracos onde deveríamos

trabalhar. A equipe optou após este diagnóstico, trabalhar a intervenção com a ação programática do atendimento ao idoso, pois neste aspecto teríamos muito para aperfeiçoar, utilizando o Protocolo do atendimento ao idoso do Ministério de Saúde para realizar este atendimento de forma mais integral e humanizado. Com a intervenção, fomos capazes de melhorar a organização dos serviços prestados na unidade de saúde, a qualidade dos atendimentos, o registro dos dados e a organização no fluxo da UBS, assim como os conhecimentos da população sobre a saúde do idoso, sua importância e como melhorar a qualidade de vida deste grupo populacional.

Já estamos quase no final do caminho e hoje estou ainda mais motivada, agora com a realização do TCC, os resultados estão nos mostrando que valeu a pena apostar nestes estudos e pela realização da intervenção em nossa população. Hoje posso reconhecer que o curso me possibilitou uma formação profissional de qualidade com a garantia de uma formação contínua e abrangente.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei no 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 56 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 95 p.: il. – (Cadernos de Atenção Primária, n. 29).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19)

_____. PORTARIA n. 4.217, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2010

Wikipédia. Disponível em: <<http://en.wikipedia.org/wiki/Macap%C3%A1>>, acesso em 6 agosto de 2014a.

_____. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Amap%C3%A1>> acesso em 29 de outubro de 2014b.

_____. Disponível em: <<http://en.wikipedia.org/wiki/Macap%C3%A1>> acesso em 6 agosto de 2014c.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel

Anexo B- Planilha de coleta de dados

[illegible]

Anexo C-Ficha espelho

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: ____/____/____
 Problemas de locomoção? () Sim () Não / É acamado(a)? () Sim () Não / HAS? () Sim () Não / Possui a Caderneta da pessoa idosa? () Sim () Não
 Estatura: ____ cm / Perímetro Braquial: ____ cm / Osteoporose? () Sim () Não / Depressão? () Sim () Não / Demência? () Sim () Não Qual? _____

[illegible][illegible]

Anexo D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante